



**ESCUELA DE POSTGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**EVALUACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN  
PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN  
QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS  
ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO, AREQUIPA, 2017**

**TÉSIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

**RENÉ SANTOS SILVA HINOJOSA**

**ASESOR:**

**MAG. MAGALY VERA HERRERA**

**SECCION:**

**CIENCIAS MÉDICAS**

**LINEA DE INVESTIGACION:**

**GESTION EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

**PERU-2017**

MG. NINA RAMOS MARIO MARCELINO

---

**PRESIDENTE**

MG. NAVARRO GUTIERREZ KARINA

---

**SECRETARIA**

MG. VERA HERRERA MAGALY

---

**VOCAL**

## DEDICATORIA

A mis padres quienes me han enseñado a ser lo que soy, se lo dedico por su apoyo en mis estudios e inmenso amor.

A todos mis seres queridos por su comprensión y apoyo constante para continuar en esta tarea.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco al Ing. César Acuña Peralta, una gran persona; a las autoridades y docentes de la Escuela de Post Grado de la Universidad César Vallejo, quienes me brindaron la oportunidad de fortalecer mi conocimiento y competencia profesional.

A la Mg. Magaly Vera; asesora quien me oriento de la mejor manera con su conocimiento y pedagogía alentadora, por el apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiarme, ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en la formación como maestrante.

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD**

Yo, René Santos Silva Hinojosa, estudiante del programa Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Escuela de postgrado de la Universidad Cesar Vallejo, identificado con DNI 29306184, con la tesis titulada "Evaluación del consentimiento informado en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa, 2017"

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiado; es decir no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Moquegua, 11 de Mayo del 2017

RENE SANTOS SILVA HINOJOSA

DNI N° 29306184

## **PRESENTACIÓN**

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

Señores miembros del jurado, presentado ante ustedes la Tesis titulada “Evaluación del consentimiento informado en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa, 2017”, con la finalidad de Determinar el nivel de cumplimiento de la realización del consentimiento informado dado en el acto quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo para obtener el Grado Académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

Espero cumplir con los requisitos de aprobación

Atentamente

RENE SANTOS SILVA HINOJOSA

DNI N° 29306184

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	11
<u>1.1. Realidad Problemática</u>	11
<u>1.2. Trabajos Previos</u>	14
<u>1.3. Teorías relacionadas al tema</u>	16
<u>1.4. Formulación del Problema</u>	27
<u>1.5. Hipótesis</u>	27
<u>1.6. Objetivos</u>	28
<u>1.6.1. Objetivo general</u>	28
<u>1.6.2. Objetivos específicos</u>	28
<b>II. MÉTODO</b>	32
<u>2.1. Diseño de Investigación</u>	32
<u>2.2. Variables, Operacionalización</u>	32
<u>2.3. Población y Muestra</u>	34
<u>2.4. Técnica e Instrumentos de recolección de Datos, Validez y Confiabilidad</u>	35
<u>2.5. Métodos de Análisis de Datos</u>	37
<u>2.6. Aspectos éticos</u>	37
<b>III. RESULTADOS</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>IV. DISCUSION</b>	63
<b>V. CONCLUSIONES</b>	70
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	73
<b>VI. REFERENCIAS</b>	75
<b>ANEXOS</b>	79

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene el objetivo de determinar el nivel de evaluación del consentimiento informado en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa, en el año 2017.

De tipo de investigación no experimental, de diseño descriptivo, prospectivo y transversal. Tuvo una muestra de 100 pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica, de muestreo no probabilístico por conveniencia. Se revisaron archivos epidemiológicos e información clínica.

Los resultados: El nivel de evaluación del consentimiento informado es malo en 52,0%, las características sociodemográficas la mayor frecuencia se dan entre las edades de 20 a 29 años de edad, de nivel secundario, agricultor. Las características de la información quirúrgica pre-operatoria en el consentimiento informado, el 83,0% conoce, sabe y el médico tratante le informó, el 73,5% está informado del pronóstico del evento quirúrgico, el 50,5% recibió explicación del procedimiento y sus alternativas y el 15,0% de ellos conoce las complicaciones quirúrgicas. El consentimiento informado, el 86,0% de ellos es escrito, 60,0% tuvo testigos, 49,0% poco tiempo para elegir, 44,0% dispone de tiempo para arrepentirse, 37,0% de redacción sencilla, 26,0% firmó el testigo, 25,0% leyó antes de firmar y el 11,0% firmaron por el paciente. Considerando la aplicación del consentimiento informado el 91,0% da por escrito y el 58,0% lo hace con formato. El 53,0% de las intervenciones quirúrgicas son programadas y el 47,0% de ellas provienen de emergencia, el 41,0% es apendicetomía, 35,0% colecistectomía. El tiempo de espera 72,3% es mayor a 6 horas. La relación médico-paciente ante una intervención quirúrgica es responsable en 64,0%, paternalista en 33,0% y autónoma en 3,0%. La calidad del consentimiento informado en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas fue mala en un 55,0%. Los factores que influyen en la información recibida antes del acto operatorio y de su consentimiento informado son: el personal que brinda la información, ya que a menor preparación la información otorgada es menos completa; y para contar con el Consentimiento Informado es un requisito firmar para realizarse el procedimiento y no comprenderlo, ni acepta ni negarse. En conclusión el nivel de evaluación del consentimiento informado es de regular a malo en 94,0%.

**Palabras clave:** Consentimiento de la información- cirugía.



## ABSTRACT

The present research aims to determine the level of evaluation of informed consent in patients undergoing surgery at the National Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo of Arequipa in 2017.

Of type of investigation non-experimental, of descriptive, prospective and transversal design. He had a sample of 100 patients who underwent surgery, non-probabilistic sampling for convenience. Epidemiological records and clinical information were reviewed.

The results: The level of evaluation of informed consent is poor at 52.0%, sociodemographic characteristics the highest frequency occur between the ages of 20 to 29 years of age, secondary level, farmer. The characteristics of preoperative surgical information in informed consent, 83.0% knew, and the treating physician informed him, 73.5% were informed of the prognosis of the surgical event, 50.5% received an explanation from the Procedure and its alternatives and 15.0% of them know the surgical complications.

Informed consent, 86.0% of them are written, 60.0% had witnesses, 49.0% had little time to choose, 44.0% had time to repent, 37.0% had simple wording, 26, 0% signed the witness, 25.0% read before signing and 11.0% signed by the patient. Considering the application of informed consent, 91.0% gave written consent and 58.0% did so in a format. 53.0% of the surgical interventions are programmed and 47.0% of them come from an emergency, 41.0% are appendectomy, 35.0% are cholecystectomy. The standby time of 72.3% is greater than 6 hours. The physician-patient relationship to a surgical intervention is responsible in 64.0%, paternalistic in 33.0% and autonomous in 3.0%. The quality of informed consent in patients undergoing surgical interventions was poor in 55.0%. The factors that influence the information received before the operative act and its informed consent are: the personnel that provides the information, since to a lesser extent the information given is less complete; And to have Informed Consent is a requirement to sign to perform the procedure and not understand, accept or refuse. In conclusion, the level of evaluation of informed consent is from bad to normal at 94.0%

**KEY WORDS:** *informed consent – surgery.*

## **CAPITULO I**

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Realidad Problemática**

El ingreso a un hospital para ser sometido a una intervención quirúrgica es un acontecimiento vital de notable relevancia a la biografía de una persona (27); generalmente se está bastante atemorizado y ansioso, agravándose la angustia por ideas preconcebidas, exageradas o distorsionadas provenientes de cada familia o grupo social (1). Razones todas ellas que hacen necesaria la información al paciente para lo que se hace indispensable la relación interpersonal médico-paciente (30, 40, 44)

Constituyendo tal información en un derecho, pues cuando una persona va a ser intervenida quirúrgicamente o se le va a efectuar cualquier prueba de importancia, debe conocer sobre la práctica de la misma, consecuencias de si la intervención o prueba no se lleva a cabo y consecuencias de si se realiza y de los riesgos en general que todo ello produce, incluso también de los riesgos referentes a las características individuales de cada paciente. Ello no supone que, en cada acto médico, el facultativo dé una lección magistral al paciente, sino que mediante una explicación sencilla y con un lenguaje adecuado, éste tenga conocimiento de su enfermedad, de la operación que se le va a efectuar y de los riesgos, todo eso con la finalidad de que el paciente opte por lo que crea oportuno, excluyendo así de la actuación médica toda posible negligencia (30,40).

La información debe ser dada por el médico responsable de la asistencia al paciente, no obstante en procedimientos con cierto grado de complejidad por su especialización, es recomendable que la información sea facilitada y se obtenga el consentimiento del paciente por el facultativo que va a practicarlos (30,31,32). Ante esto, debe señalarse que el médico basa por lo general su labor informativa exclusivamente en el principio de la beneficencia incurriendo a lo que se denomina paternalismo absoluto, vulnerando así el principio de la autonomía.

Por lo que actuando de esta manera el profesional será el que decidirá sobre el procedimiento a efectuar, basado exclusivamente en lo que él considera son los

mejores intereses médicos del paciente. Los que enfrentan esta posición paternalista opinan que el profesional en medicina ha asumido una autoridad excesiva sobre la persona a que atiende (46).

Recomendándose entonces que el consentimiento informado a la indicación médica sea manifestación particular del ejercicio de la autonomía. Pudiendo, ser este consentimiento tácito o expresado en forma oral o escrita; si bien legal y éticamente, el tácito y el verbal o escrito son tan válidos el uno como el otro, los consentimientos tácitos carecen de fuerza probatoria clara y definida quedando librados generalmente a la discrecionalidad de expertos o de jueces (45).

Al respecto, en España juristas han determinado la obtención en forma obligatoria mediante la Ley General de Sanidad de 1986 del consentimiento informado escrito, útil sin duda y necesario, es por naturaleza imperfecto si se reduce a una hoja informativa al final de la cual el paciente estampa su firma, por cuanto "universaliza" el proceso informativo clínico que es personal y con características diferentes para cada individuo, Para evitar que el consentimiento informado se convierta en puro trámite legalista, es necesario que tenga como sustrato el convencimiento por parte del médico de que la comunicación con el paciente es imprescindible y que debe considerarse como parte fundamental de la práctica médica diaria (26).

El aumento de los problemas médico-legales en contra de los profesionales en Medicina constituye una preocupación universal. Es importante destacar que la mayoría de las demandas se precipitan por una alteración en la relación médico-paciente que por la sospecha formal de impericia, negligencia o imprudencia sustentadas por la aparición de efectos adversos o previsibles. El tiempo deducido a la tarea informativa constituye una obligación exigible para el médico y encierra un gran valor terapéutico para el paciente y su familia (2, 22,37).

Se considera daños ante un acto pero sin información. (12) así la Audiencia de Valladolid condenó a un médico en 1987 por un acto médicamente correcto pero sin consentimiento del paciente, específicamente se sometió al paciente a una

coledocopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE); generando tal prueba una pancreatitis seguida de la anemia microcítica, que le incapacitó para el ejercicio de su profesión durante 119 días, en primera instancia el facultativo fue absuelto porque practico la intervención de acuerdo con la *lex artis* y que la pancreatitis fue una consecuencia de la prueba CPRE que, si bien se produce muy pocos casos, sin embargo tiene lugar en algunos, a pesar de que las pruebas se realicen con la misma escurpulosidad, produciendo incluso mortalidad que oscila en una proporción entre 0,2 y 2%. Sin embargo la primera instancia no entro a conocer la alegada falta de información y aquí encuentra la Audiencia el talón de Aquiles e la actuación médica, al no cumplir con el consentimiento escrito del usuario (15).

En la actual Ley N° 26842 Ley General de la Salud, el derecho a la información tiene por fundamento el respeto a la salud del ciudadano. Asimismo en el Código de Ética y Deontología se establece el deber de información del médico (9, 10, 11, 23,34).

Nosotros en nuestro interés por evaluar el cumplimiento del consentimiento informado, cuando el paciente acepta o rechaza someterse a un procedimiento a partir de una decisión legalmente válida basada en el entendimiento o la comprensión con espontaneidad manifiesta (46), es que nos proponemos efectuar un estudio en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo-Essalud, empleando como instrumento elaborado, la encuesta. En nuestra institución hospitalaria existen trabajos con respecto a la materia en mención (36,47) y también, en el Hospital Goyeneche (4), e Instituto peruano de Seguridad Social hoy Essalud (13). Los resultados obtenidos permitirán mantener o modificar las actitudes de los cirujanos y de los pacientes a quienes se les practicará una intervención quirúrgica, todo ello para brindar seguridad a ambas partes.

## 1.2. Trabajos Previos

Algunos antecedentes como la de Castillo V, Hernández P, Correa M y Quintana E. (2013), en su tesis titulada Conocimiento del consentimiento informado en servicios quirúrgicos, se realizó un estudio en los servicios quirúrgicos del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio de Pinar del Río. Los resultados muestran que existe un dominio incompleto del consentimiento informado en los pacientes, en la mayoría de los cirujanos y enfermeros no tienen dominio y no aplican correctamente el mismo, sin embargo habían recibido perfeccionamiento sobre dicho tema. En conclusión: el reconocimiento de la autonomía del paciente y el proceso provocó un cambio en la relación médico paciente en la práctica de la cirugía. Además de la profundización en el estudio de los principios bioéticos y su aplicación, se hace necesaria la búsqueda de respuestas útiles a los problemas bioéticos en estos servicios que afectan la propia relación médico paciente así como la seguridad que les debemos otorgar.

Así también Novoa R. (2013), realizó en Lima la investigación Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Se aplicó la prueba de chi cuadrado y el test exacto de Fisher para hallar asociación entre las variables. Los resultados fueron que el 52.9% fueron mujeres y 47.1%, varones; procedentes de 6 universidades: 2 nacionales con 50.9% de internos y 4 privadas con 49.1%. Sólo 25 internos tuvieron nivel alto de conocimientos; 18, medio y 8, bajo. El 61.54% de internos de universidad pública y 36% de privada consiguieron un nivel alto de conocimiento. Existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado “medio alto” y “bajo”, y el pertenecer a una universidad pública o privada. En conclusión: El 49.0% de internos de medicina alcanzó nivel alto de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica; 35.3%, nivel medio y 15.7% nivel bajo.

Puma M. (2013), realizó en Lima, la tesis titulada Consentimiento informado en las emergencias microquirúrgicas: la indicación de no reanimar y limitar el esfuerzo terapéutico. El estudio fue mediante una encuesta anónima sobre la toma de decisión en una situación de opinión anticipada en el rol de enfermo y en el rol de quien lo subroga, en 251 personas mayores de edad de ambos sexos, de diferente estado civil, religión y ocupación, que asistieron a algunos hospitales de nuestra capital. Mediante un audio-video, se orientó a los entrevistados sobre el manejo en emergencias neuroquirúrgicas de enfermos en mal estado general, en coma, con alteración del patrón respiratorio, inestabilidad de las funciones vitales, de mal pronóstico por lesiones neurológicamente irreversibles confirmadas por imágenes que habiendo recibido tratamiento médico y quirúrgico, no existía posibilidades de recuperarlos. Las personas encuestadas respondieron la primera sección, relacionada a la situación presentada, la segunda, fue la parte relacionada a la propuesta del consentimiento informado y la tercera, sobre sus opiniones de la encuesta.

De igual modo, Rivera A. (2013), en su tesis sobre el Nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en médicos de la Región de Salud Moquegua. Generalidades sobre conocimiento, concepto de conocimiento, medición de conocimiento, consentimiento informado, concepto de consentimiento informado, fundamentos del consentimiento informado, tipos de consentimiento informado, la relación médico – paciente, modelo paternalista, modelo informativo, modelo interpretativo, modelo deliberativo, fundamentación histórica fundamentación ética, fundamentación legal, requerimientos del consentimiento informado, información suficiente, proceso continuado de comunicación, información comprensible, capacidad voluntariedad, decisión, el proceso de consentimiento informado, apartados del documento resultados datos generales de los médicos encuestados preguntas del conocimiento sobre consentimiento informado intensión del consentimiento informado objetivo primordial de la obtención del consentimiento informado tipo de relación

médico – paciente en la cual se basa el consentimiento informado principio de la bioética medica en el cual se fundamenta la aplicación del consentimiento informado, beneficios al aplicar el consentimiento informado, significado de respetar las preferencias del paciente origen del fundamento legal del consentimiento informado.

### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

**Historia.-** El consentimiento con información previa a todo procedimiento quirúrgico ha quedado como un tema de intenso interés desde el Código de Núremberg en 1974 (10). Este requerimiento inicialmente impuesto por éticos y abogados da al paciente la oportunidad de formar un rol activo en su cuidado. Sin embargo, solamente puede participar en forma satisfactoria si se le ha proporcionado información adecuada. Para ellos legalmente informado es tan esencial como la realización de la terapia. Estos puntos de vista ético-médicos y legales se mantienen operativos en los Estados Unidos y son compartidos con otros países que le van dando acogida. En 1900 se formuló la Ley Americana en relación a la responsabilidad civil por tratamientos médicos no autorizados, estableciéndose la necesidad de obtener el consentimiento del paciente antes de una intervención quirúrgica. Desde 1900 hasta 1950 la omisión aun consentimiento informado se calificó de "agravio". Luego pasó a ser considerado "negligencia en la revelación de la información". Fue a finales de 1950 que la doctrina del consentimiento informado tomo auge. Se propuso dos estándares de información en los cuales la actuación médica debía desenvolverse:

- 1) el "estándar de la comunidad médica",
- 2) el "estándar del hombre racional".

El primero proponía que la comunidad médica determinara qué información debería ser proporcionada al paciente y lo segundo obligaba al médico a informar al paciente en términos de lo que un "hombre racional" desearía saber. Este último es cada vez más usado en la actualidad en los Estados Unidos (12).



## **Definiciones**

- Es un invento moderno americano basado en el principio de que el médico debe respetar la autonomía del paciente estableciéndose como un proceso inexorable la relación médico-paciente(3)
- Es una doctrina que está firmemente establecida en las leyes nacionales y los antecedentes jurisprudenciales, basado fundamentalmente en la premisa de que el paciente es el único que tiene derecho a determinar que se hará con su propio cuerpo (42)
- Es un contrato normado por el Código Civil en el que el paciente o no paciente capaz de tomar una decisión razonada acepta el plan de atención médica después de haber recibido suficiente información explícita, clara y acepta las consecuencias de sus acciones (24).
- Es una decisión que toma el paciente previa información médica (28).
- Es un documento relevante a efectos penales, aun cuando no se detalle las consecuencias de su omisión apunta que el médico puede incurrir en un dolo eventual que le aboque a un delito de lesiones u homicidio (12).
- Es un derecho del paciente a que le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (39).
- Es una actitud de brindar información veraz, de educación y de aliento al hacerle conocer la naturaleza de su afección, evitando todo comentario que pudiera despertar preocupación innecesaria en el paciente o alterar negativamente la evolución del proceso, emitiendo el diagnóstico en términos precisos (9).

**Partes.-** Se puede desdoblar en el consentimiento en:

1. **Revelación:** se cumple simplemente dando información (46).

Señalándose que ésta debe entenderse como un proceso evolutivo, a través del cual podemos madurar la capacidad del enfermo a ser informado y no como un acto clínico aislado. Una adecuada información médica no solo incrementa la

satisfacción del paciente, sino que también reduce el número de reclamaciones posteriores ante la aparición de complicaciones

Al respecto la Ley General de Salud No. 26842 (11) dice lo siguiente:

Artículo 15: Toda persona, usuaria de los servicios de salud tiene derecho:

- f) A qué se le brinde información veraz, oportuna y completas sobre las características del servicio.
- g) A qué se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- h) A qué se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento, así como a negarse a éste.

*Artículo 27:* El médico tratante, así como el cirujano-dentista y la obstetriz están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos.

*Artículo 40:* Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico.

Asimismo el Código de Ética y Deontología dada por el Colegio Médico del Perú (9) señala:

*Artículo 63:* Toda intervención o procedimiento médico debe ser realizado con la autorización o consentimiento informado del paciente. Esto consiste en que el

médico informa completa y claramente al paciente, comprueba que la información ha sido entendida por éste y, finalmente, el paciente consiente con autonomía.

**2. Consentimiento:** cuando el paciente acepta o rechaza someterse a un procedimiento a partir de una decisión legalmente basada en el entendimiento o la comprensión, con espontaneidad manifiesta, sin coacción, fuerza o intimidación (46).

En cuanto a esta etapa, la Ley General de Salud (11) señala:

Artículo 4: Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si corresponde o estuviera impedido de hacerlo. Se exceptúa de este requerimiento las intervenciones de emergencia.

Artículo 27: El médico está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado.

Artículo 40: Ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona llamada legalmente a hacerlo, de conformidad con lo que establece el reglamento de la presente ley. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo precedente la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente.

### **Clases.-**

- Tácito
- Oral
- Escrito

Si bien legalmente y éticamente, las 3 clases de consentimiento son válidos, los tácitos carecen de fuerza probatoria y quedan librados generalmente al discernimiento de expertos o de jueces. De acuerdo a las disposiciones que determina la ley, aunque el procedimiento beneficie al paciente, un médico puede

ser juzgado si realiza un procedimiento sobre aquél sin su autorización. Si el paciente no da su consentimiento para el acto médico realizado en él, se puede generar un caso de responsabilidad profesional por agresión, al haberse actuando contra su voluntad o libertad (45,24).

Se puede disminuir el grado de responsabilidad relacionada con el consentimiento solamente cuando se ve alterada la voluntad del paciente, como ocurre en las siguientes condiciones: estados de inconciencia, lesiones neurológicas graves por accidentes, tentativa de suicidios o delitos. En situaciones de emergencia el consentimiento se encuentra en un terreno difícil de transitar. En estos casos la falta de consentimiento podría explicarse al "haber sido realizado el acto en ejercicio de un derecho o el cumplimiento de un deber (45).

**Requisitos.-** El documento de consentimiento informado es un soporte documental de un proceso debe ser gradual y continuo, dentro de la relación médico-paciente, su propio nombre implica dos características: información y voluntad (37,43)

1. Información: la información ha de ser fundamentalmente oral.

Es recomendable recurrir a un documento escrito cuando se trate de procedimientos invasivos o que conlleven riesgos notorios o dudosa efectividad (33).

- Se recomienda que el documento incluya los siguientes apartados:
- Datos suficientes sobre la naturaleza y origen del proceso.
- Nombre, descripción y objetivos del procedimiento.
- Beneficios esperados.
- Molestias previsibles y posibles riesgos: típicos y consecuencias seguras.
- Espacio en blanco para riesgos personalizados.
- Espacio para procedimientos alternativos.
- Efectos esperados si no se hace nada.
- Disposición de aclarar dudas o ampliar información.
- Comunicar la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.
- Datos del enfermo.

- Datos del médico que informa.
- Declaración del paciente expresando consentimiento y satisfacción con la información y que se han aclarado sus dudas.
- Firmas del médico y del paciente. Fecha.
- Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.
- Apartado para la revocación del consentimiento.
- Se recomendó realizar un documento independiente para cada procedimiento.
- La familia debe estar presente en la información, cuando sea posible.
- Debe facilitarse que se lo puede llevar a casa para estudiarlo y decidir.

#### **a.1 Presentación de la información debe hacerse teniendo en cuenta:**

- Momento adecuado para evitar que el enfermo esté sedado, dolorido, en preparación para la prueba. Momento antes de la prueba, desvalido.
- Lugar adecuado de ser posible en un consultorio, evitar informar en un pasillo o en la misma sala de procedimientos (puede sentirse coaccionado)
- Persona adecuada: ha de ser una persona representativa para el enfermo. Debe ser un médico. Puede ser quien indica la prueba (conoce mejor al paciente y le inspira confianza) o quién la va a realizar (conoce mejor la prueba y las complicaciones, además puede servir como un primer paso de relación de confianza entre el médico y el paciente).
- Tiempo para meditar: se recomienda dar al menos 24 horas dejando que se lleve el documento para consultar con la familia.
- Preguntas para asegurarse de que ha comprendido.

#### **a.2 Riesgos que deben informarse:**

- Consecuencias seguras: aquellas que se producirán como consecuencia del procedimiento en todos los casos.

- Riesgos típicos: son aquellos esperables en condiciones normales, conforme a la experiencia o en el estado actual de la ciencia.
- También se incluirán aquello que siendo frecuentes pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves (alta materialidad).
- Riesgos personalizados: según las circunstancias personales del paciente: estado de salud, edad, etc. Estos riesgos deben incluirse en el espacio en blanco que debe hacer en el documento para este propósito.

**a.3 Excepciones: puede obviarse la realización del consentimiento informado en algunas circunstancias:**

- Urgencia: cuando hay pérdida de conciencia y no se encuentran familiares.
- Incompetencia: por ser menor de edad o sufrir alteraciones mentales, pero debe ser realizado por familiares directos.

Al respecto el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en el Artículo 65.2 indica: En estos casos de incapacidad física o psíquica del paciente, la información debe ser proporcionada a las personas inmediatamente responsables del mismo.

**a.4 Errores frecuentes: deben evitarse algunos errores en la aplicación de consentimiento informado:**

**Texto:**

- Tecnicismos: puede ser interesante filtrar el documento por personas ajenas al sistema de salud para ver si es comprensible.
- Omisiones: ocultar información "para no asustar".
- Excesivo detalle: puede producir angustia.
- Persona que lo obtiene: debe aplicarlo un médico capacitado para aclarar dudas y además debe ser representativo para el paciente.
- Momento.

- Forma.
- Lugar.
- Falta de tiempo para meditar o consultar con la familia.
- No dar posibilidades de cambio de opinión.
- No dar otras alternativas.
- Consentimientos globales o en blanco, no son válidos (38).

**a. 5 ¿Quién debe informar?: existen discrepancias a este respecto:**

- Es preferible que obtenga el consentimiento informado quien vaya a realizar el procedimiento al paciente.
- Otros opinan que debe informar quien medica el procedimiento.

Probablemente lo mejor es que informe primero quien medica el procedimiento y luego quien interviene (45)

2. Voluntad: se define como la elección sin impulso externo que obligue.

Está en función de la percepción subjetiva de cada paciente, de su propia escala de valores. Se trata de respetar su autonomía. Pueden existir algunas distorsiones en el consentimiento informado que hagan que no se respete la voluntad del paciente:

- Persuasión: no se le da elección. . Coacción: amenaza explícita o implícita.
- Manipulación: distorsión de la información.

En las ciencias biomédicas el investigador esta mas familiarizado con variables medibles en escalas cuantitativas, reproducibles y no sesgadas, como sucede con la mayoría de las variables de las variables antropométricas y parámetros biológicos. Sin embargo, es cada vez mayor el número de trabajos científicos que utilizan instrumentos de medición alternativos a los tradicionales, con la idea de cuantificar y comparar aspectos en cierto grado cualitativos como el dolor, la calidad de vida, la dependencia funcional, etc. (17).

Este tipo de herramientas, entre las que se encuentran las entrevistas estructuradas y las escalas de valoración, tienen amplia difusión en varios campos

de las ciencias de la salud, como la Psicología y la Psiquiatría. En estas disciplinas han desarrollado instrumentos para poder clasificar enfermedades y determinar niveles de deterioro o de respuestas al tratamiento (17,40). En otras especialidades, sin embargo, el uso de las encuestas va ligado principalmente a estudios de opinión y de satisfacción de usuarios (41) y su incremento se produce en relación con la sensibilización del colectivo clínico con la calidad percibida por el usuario y las tendencias de asistencia en escenarios competitivos (libre elección de especialista y hospital) (17).

Desde la perspectiva de instrumento de medición, bien compuestas por preguntas con determinada ponderación que permitan la elaboración de uno o varios índices, o en forma de algoritmo de clasificación, la aplicación de estas escalas y encuestas puede realizarse dentro de cualquier diseño experimental: casos y controles, cohorte o ensayo clínico. Sin embargo, la acepción de encuesta engloba aspectos que van más allá del proceso de medición y se adentran en el propio diseño experimental. Siendo que ciertas preguntas configuran las variables dependientes y que pueden ser dicotómicas, medibles en escalas analógicas o semicuantitativas, o tratarse, en modelos más complejos, del grado de identificación o preferencia con determinadas afirmaciones o entidades. El resto de variables pueden ser de control, posibles factores de riesgo o simplemente variables que ayuden a la interpretación de los resultados obtenidos del análisis. La información de todas estas variables se recoge de forma simultánea, encuadrándose, por tanto, dentro de los estudios de corte transversal. Como tales, son diseños apropiados para detectar la asociación de variables pero tienen la dificultad para determinar la causalidad entre ellas, ya que no se verifica el principio de secuencia temporal (8).

Si el objetivo fundamental de un estudio es establecer relaciones efecto-causa siempre es preferible la elección de un diseño de ensayo clínico controlado, de cohortes o de casos y controles, en este orden de preferencia (17).



## **Relación médico-paciente**

Afirmaremos que el acto médico es una relación entre alguien "menesteroso" necesitado de ayuda (el enfermo) y un profesional bien dotado (el médico).

Según el mismo en la relación médico-paciente se mueven dos elementos. El contacto interhumano (elemento subjetivo) y la ayuda efectiva fundada en los conocimientos médicos (elemento objetivo) (7).

Para otros se puede considerar como un negocio jurídico, un auténtico contrato, del que se derivan un conjunto de derechos y obligaciones para las dos partes implicadas (14). Sin embargo, el acto médico entendido como un diálogo íntimo, refleja siempre el contenido afectivo que condiciona esa entrega.

Es imposible que la relación humana médico-paciente alcance la plenitud terapéutica, educadora o preventiva que se pretende si no se ennoblece por la actitud generosa del amante y del amado, mutua ofrenda que como se produce perfuma el ejercicio de nuestro arte con aromas de mística fragancia (5).

Para el Dr. Leenen la relación médico-paciente entraña un acuerdo mutuo de cooperación para resolver el problema patológico planteado. Ahora bien, el término "acuerdo" implica la confianza mutua (21).

Para algunos autores esta relación médico-paciente debería regirse por las normas o guías de acción (25):

- a) Respeto a la autonomía del paciente.
- b) A beneficiar al paciente sobre cualquier otro motivo.
- c) No hacer el mal con la actitud, la prescripción, la ignorancia, el descuido o la intención equivocada.
- d) Ser justos, ponderar el derecho dentro del marco de leyes, reglamentos y normas éticas y atendiendo a la obligación que el derecho se genera en un

marco de equidad para todos. No puede respetarse un derecho si se desconoce.

La relación entre el médico y el paciente debe ser una relación entre personas, cada uno con sus derechos y deberes. Esto puede dificultarse cuando la atención se hace a través de una institución u otra entidad promotora de la salud. La formación humana del médico hará que la relación sea siempre personal (16).

Es así que en las últimas décadas, coincidiendo con la tecnificación de la medicina, la relación médico-paciente ha evolucionado hacia una vinculación vendedor-cliente: el médico vende un servicio, se asume que de calidad y el paciente lo compra exigiendo resultados (7). Podemos decir entonces que la relación médico-enfermo ha experimentado una metamorfosis. El paciente adquiere derechos a la par que desvanece el aura de autoridad del médico. En la actualidad, el enfermo debe convenir el tratamiento con el médico en vez de aceptarlo sin aclaraciones previas (29).

### **Modelos de relación.-**

La relación médico-paciente ha variado según las épocas, y los factores culturales:

#### **1. Paternalista.**

La relación es paternalista cuando el médico toma todas las decisiones en nombre del paciente, sin tener en cuenta su consentimiento. Esta ha sido la relación más común en la historia de la medicina y casi la única hasta mediados de este siglo. El médico ordenaba y el paciente obedecía.

#### **2. Autonomía.**

Este modelo de relación se da cuando el paciente es quien toma todas las decisiones; el médico es solo un espectador. Es lo contrario de lo anterior. Este modelo surgió cuando el paciente se consideró como un usuario, un cliente que estaba comprando un servicio, en este caso el de la medicina. También toma el nombre de modelo comercial.

### **3. Responsable.**

Existe un modelo de relación médico-paciente que es el adecuado, en el cual las dos partes asumen la responsabilidad y deciden, teniendo conocimiento y libertad para hacerlo.

Es una relación madura que requiere del médico un criterio ético bien formado para buscar sólo el beneficio del paciente compaginado esto con sus condiciones individuales. El médico al establecer una relación responsable debe aceptar la vulnerabilidad del paciente por su condición de enfermo. Debe proporcionar al paciente todos los elementos para que pueda tomar una libre elección y no asumir una posición neutra que pueda crear incertidumbre (16, 31,39). También adopta el nombre de modelo de alianza (35).

#### **1.4. Formulación del Problema**

¿Cómo es la evaluación del consentimiento informado en los pacientes que se sometan a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017?

##### **1.4.1 Problemas específicos**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.
2. ¿Cuáles son las características de la información quirúrgica pre-operatoria en el consentimiento informado de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.
3. ¿Cuáles son las características del consentimiento informado en los pacientes que se sometan a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

4. ¿Cuáles son las características de la aplicación del consentimiento informado por escrito en los pacientes que se sometan a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa, 2017.
5. ¿Cuál es la distribución según indicación y tipo de la cirugía del consentimiento informado en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa, 2017.
6. ¿Cuál es el tiempo de espera y tipo de cirugía en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa, 2017.
7. ¿Cuál es la relación médico-paciente ante una intervención quirúrgica en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa, 2017.
8. ¿Cuál es el nivel de calidad de la información recibida en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa, 2017.
9. ¿Cuáles son los factores que influyen en la información recibida antes del acto operatorio y de su consentimiento informado en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa, 2017.

## **1.5. Objetivos**

### **1.6.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de Evaluación del consentimiento informado en los pacientes que se sometan a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa, 2017.

### **1.6.2. Objetivos específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.
2. Identificar las características de la información quirúrgica pre-operatoria en el consentimiento informado de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.
3. Establecer las características del consentimiento informado en los pacientes que se sometan a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.
4. Establecer las características de la aplicación del consentimiento informado por escrito en los pacientes que se sometan a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.
5. Identificar la distribución según indicación y tipo de la cirugía del consentimiento informado en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.
6. Identificar el tiempo de espera y tipo de cirugía en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.
7. Establecer la relación médico-paciente ante una intervención quirúrgica en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

8. Establecer del nivel de calidad de la información recibida en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.
9. Identificar los factores que influyen en la información recibida antes del acto operatorio y de su consentimiento informado en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

## **CAPITULO II**

### **MÉTODO**

## II. MÉTODO

### 2.1. Diseño de Investigación

El presente estudio es Cuantitativo de tipo observacional, prospectivo y transversal. El presente estudio se llevó a cabo en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa en el periodo comprendido de **enero a febrero del 2017**. Pacientes internados en los Servicios de Cirugía General del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo para ser sometidos a procedimientos quirúrgicos.

### 2.2. Variables, Operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición
Consentimiento Informado				
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en los sujetos de estudio.	Son aquellas características relacionadas a la edad, sexo, ocupación, grado de instrucción del paciente que firma el consentimiento informado.	-Edad -Sexo -Ocupación -Grado de Instrucción	Nominal
Características de la información	Son aquellas particularidades de los datos que cambia el estado de conocimiento del sujeto.	Son los detalles de la información referente al diagnóstico, pronóstico, tratamiento y complicaciones del evento quirúrgico.	-Diagnostico -Pronostico -Tratamiento quirúrgico - Complicaciones	Nominal
Consentimiento informado	Es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente	Son aquellas particularidades referentes al tipo de redacción del consentimiento informado,	-Redacción -Tiempo -Lectura -testigos -Firma	Nominal



	su intención de participar en la investigación			
Aplicación del consentimiento informado	Es el grado de la aceptación para el procedimiento quirúrgico	Es la forma como se dio la aceptación para intervención quirúrgica, con formato y con consentimiento.	-Sin consentimiento -Con consentimiento -Con formato -Sin formato	Nominal
Cirugía operatoria	Son procedimientos quirúrgicos realizadas por un cirujano para solucionar cualquier trastorno o enfermedad que padezca el paciente.	Son aquellas particularidades como es la indicación y tipo de cirugía	-Cirugía de Emergencia -Cirugía programada	Nominal
Tiempo de espera	Periodo comprendido desde que el usuario solicita la atención y el momento que recibe la atención.	Tiempo expresado en minutos, desde que solicita y recibe la atención.	-<6 h -7-12 h -13-24 h -1-3 d -4-7 d -8-14 d	Ordinal
Relación médico-paciente	Es la interacción que se establece entre el médico y el paciente durante el curso de la atención.	Es la forma como el medico considera y atiende al paciente	-Paternalista -Autónoma -Responsable	Nominal
Nivel de calidad de la información	Es una estimación de la calidad de sus anuncios, palabras e información.	Es el grado de evaluación de la información en buena, regular y mala.	-Buena -Regular -Mala	Ordinal
Factores que influyen	Son las variables que contribuyen a que se obtengan determinados	Son las variables de influencia sobre el consentimiento informado, como	-Calidad del personal -Calidad del establecimiento -Costo	Nominal

	resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.	es el tipo, costo y calidad de información recibida del médico.	aproximado -Inform. antes -Inform. después -Presencia de testigos -Inform. oral -Inform. escrita	
--	--	---	---	--

### 2.3. Población y Muestra

#### **Población y muestra:**

El universo poblacional estuvo constituido por 100 todos los pacientes internados en los Servicios de Cirugía General del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa para ser sometidos a procedimientos quirúrgicos en el periodo de estudio.

Se consideró una muestra no probabilística: muestreo por conveniencia formada por los 100 pacientes que se sometieron a actos quirúrgicos durante el periodo de estudio; además se consideró los siguientes criterios de selección:

#### **Criterios de selección:**

##### ♦ Criterios de Inclusión

- Pacientes de ambos sexos con edades comprendidas de 18 a 60 años.
- Pacientes sometidos a intervención quirúrgica en forma electiva o de emergencia.

##### \* Criterios de Exclusión

- Pacientes con idioma predominante quechua, aymara, otros.
- Pacientes con alteración de la conciencia transitoria o permanente constatada por historia clínica.

## **2.4. Técnica e Instrumentos de recolección de Datos, Validez y Confiabilidad**

La población se tomó del registro de programación de intervenciones quirúrgicas publicado en Centro Quirúrgico, esto para operaciones electivas. En tanto que para emergencias la población se tomó del Libro de Registro del Servicio de Emergencia y de los Libros de Ingresos de los servicios de Cirugía General (varones y mujeres)

Se revisaron las historias clínicas para obtener información sobre la edad, idioma que habla, antecedentes patológicos, examen físico para evaluar los criterios de inclusión del estudio, todo ello pre-operatoriamente en pacientes de cirugía electiva, y para los de emergencia esta revisión se hizo en el post-operatorio.

Se estudiaron, todos los pacientes que cumplieron los criterios de elegibilidad.

En el caso de pacientes programados, la tarde anterior al acto quirúrgico en la sala de hospitalización se les solicitó su colaboración en la respuesta al cuestionario para obtener su consentimiento para la realización del presente trabajo, además de explicárseles el propósito del mismo. Para cumplir con estos objetivos en el caso de emergencias tal procedimiento se efectuó al día siguiente de su operación.

Primeramente, Se instruyó al entrevistado a que responda en forma imparcial de acuerdo a su apreciación personal, leyéndole la pregunta tal cual estaba escrita y sólo si el caso lo requería se adecuó la interrogante al nivel de comprensión del paciente, aclarándole, y facilitándole el significado de las preguntas.

Todas las encuestas fueron efectuadas por el investigador, tratando de evitar el sesgo.

La entrevista-encuesta, estuvo compuesta por interrogantes relacionadas con la información proporcionada en el pre-operatorio, del consentimiento informado en sí y de los factores intervinientes dependientes del sistema prestador de salud e informante.

Para la evaluación del nivel de información quirúrgica se consideraron parámetros referentes a diagnóstico quirúrgico -3 preguntas-, pronóstico del tratamiento quirúrgico -2 interrogantes-, tratamiento quirúrgico y alternativas -2 preguntas-, complicaciones y secuelas de la intervención quirúrgica -4 interrogantes-, cabe indicar que el puntaje se señala en el ANEXO 2A. Siendo la calificación de BUENA cuando se obtuvo de 4 a 5 puntos en relación al diagnóstico quirúrgico, 2 puntos en el pronóstico del tratamiento quirúrgico, 5 puntos en el tratamiento quirúrgico y alternativas y de 6 a 8 puntos en complicaciones y secuelas del acto operatorio; de REGULAR cuando se obtuvo 3 puntos en el diagnóstico quirúrgico, 1 punto en el pronóstico, 2 a 3 puntos en el tratamiento y alternativas y 4 puntos en complicaciones y secuelas; MALA cuando se obtuvo 0 a 2 puntos en el diagnóstico, 0 puntos en el pronóstico, 0 puntos en el tratamiento y alternativas y de 0 a 2 puntos en complicaciones y secuelas. Para la valoración global del nivel de información quirúrgica se tomarán en cuenta la puntuación total obtenida de los parámetros anteriormente mencionados. Siendo BUENA cuando la puntuación estuvo entre 15 y 20, REGULAR entre 10 y 14 puntos y MALA de 0 a 9 puntos.

En relación a la calidad del consentimiento informado -ANEXO 2B-, ésta se calificó como BUENA cuando se obtuvo de 7 a 8, REGULAR de 4 a 6 puntos y MALA cuando tenga de 0 a 3 puntos.

Referente a los factores que influyen en el nivel de información se consideraron parámetros dependientes del paciente los cuales se señalaron en el ANEXO 1; en tanto que los relacionados al informante y a las características del sistema prestador de salud se describen en el ANEXO 2C, señalando que no habrá puntaje, tabulándose por frecuencia.

Finalmente, se procedió a la realización del análisis estadístico para efectuar la interpretación de los resultados y poder llegar a demostrar o rechazar la hipótesis planteada, estableciendo conclusiones y recomendaciones.

## **2.5. Métodos de Análisis de Datos**

Se procesó en una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22. Se empleó estadística descriptiva con medidas de frecuencia absolutas y relativas. Se representan los hallazgos mediante tablas, gráficos de barras para variables categóricas y mediante gráficos de sectores circulares para variables ordinales excluyentes. La interpretación de los datos se hicieron en base a los resultados obtenidos.

## **2.6. Aspectos éticos**

- Se mantuvo en anonimato la información que pueda comprometer a los pacientes del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa.
- Se garantizó la confidencialidad de los trabajadores de salud.
- Se garantizó el consentimiento informado por parte de los encuestados que deseen participar en la investigación.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

## Resultados:

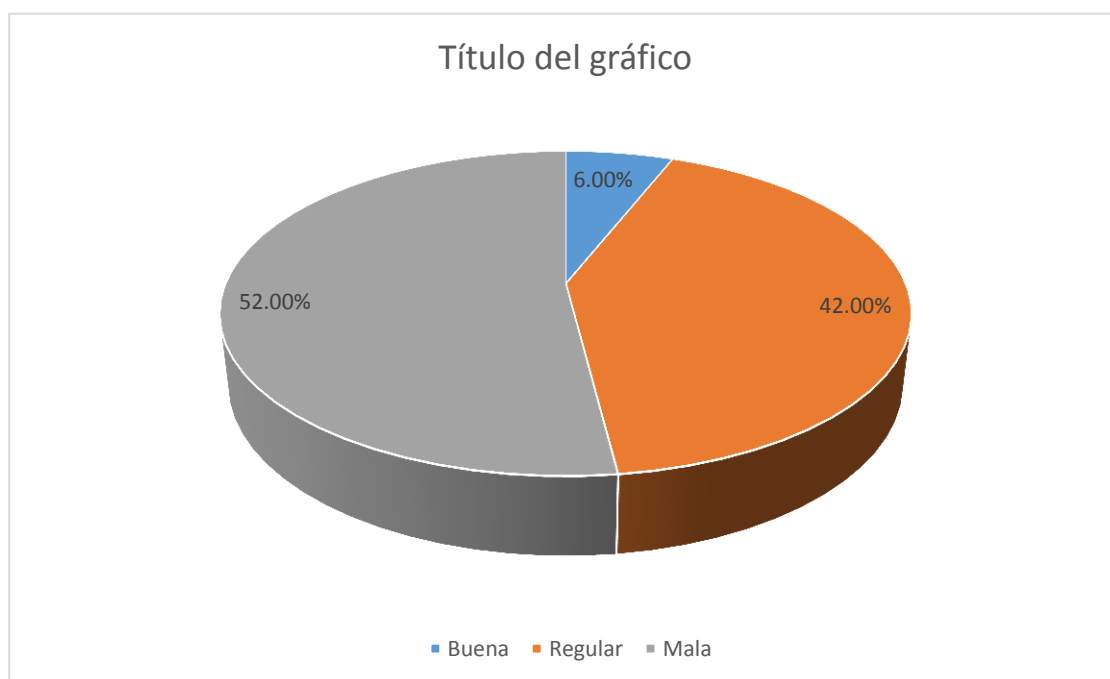
### 3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de evaluación del consentimiento informado en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

Tabla 1  
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE EVALUACION DEL CONSENTIMIENTO  
INFORMADO EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONES  
QUIRÚRGICAS EN EL HNCASE, AREQUIPA, 2017.

	N°	%
Buena	6	6,0%
Regular	42	42,0%
Mala	52	52,0%
Total	100	100,0%

Grafico 1



En cuanto a la calificación del nivel de información quirúrgica hallado (52% mala) es semejante a lo encontrado por Fuentes<sup>1</sup>; Peña (34), Rubina (36) y Zaferson (47) reflejando que el paciente recibe una deficiente e inadecuada información de su enfermedad y del tratamiento que requiere, así como los riesgos, complicaciones y secuelas a los que están expuestos, a pesar que en el 79% de los casos mencionan haber recibido la información por el médico tratante. Esto puede explicar la causa por la que al presentarse alguna complicación, el paciente o familiares culpan al médico llegando en alguno de los casos a demandas judiciales, tabla y grafico 1.



## 3.2 Objetivos específicos

### 3.2.1 Objetivo específico 1

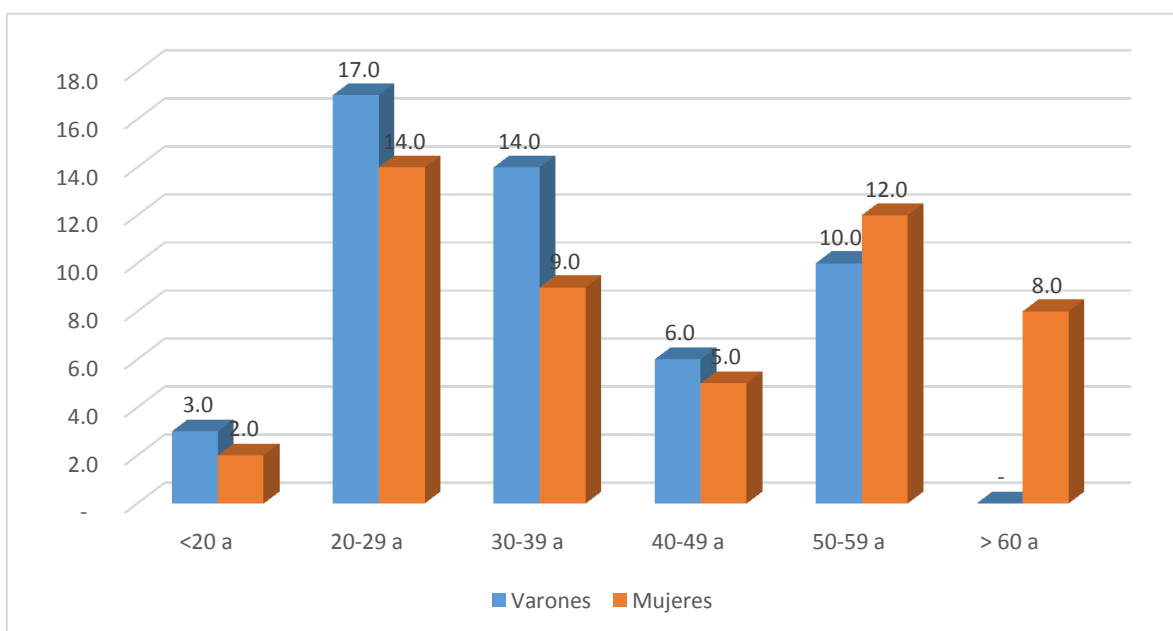
Identificar las características sociodemográficas de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

Tabla 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HNCASE AREQUIPA, 2017

Edad (años)	Varones	Mujeres	Total
<20 a	3	2	5
20-29 a	17	14	31
30-39 a	14	9	23
40-49 a	6	5	11
50-59 a	10	12	22
> 60 a	0	8	8
Total	50	50	100

Gráfico 2

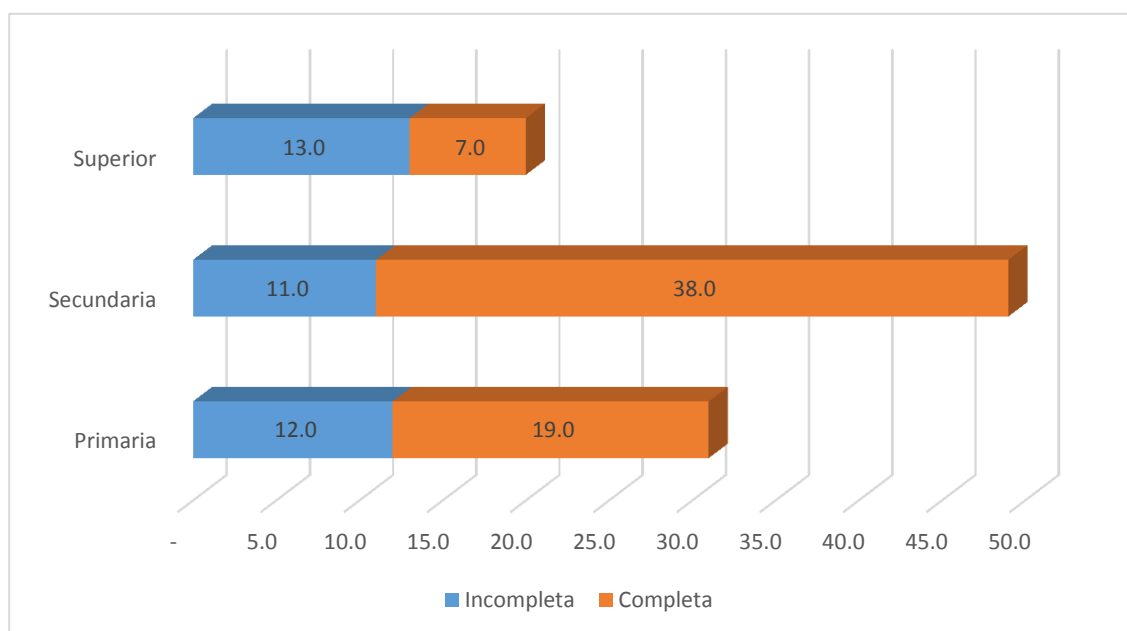


La Tabla y Gráfico 2 muestran la distribución de pacientes por edad y sexo. Se tomaron 50 varones y 50 mujeres, y sus edades predominantes estuvieron entre los 20 y 29 años (31% del total); y un segundo importante grupo estuvo constituido por pacientes entre los 50 y 59 años (22%). Nuestra muestra expresa edades en fase productiva, que se ven en la necesidad de corregir deficiencias, como es el caso de enfermedad, así mismo son edades en las cuales se puede hacer uso pleno de nuestras facultades mentales ; dichos hallazgos son semejantes a los encontrados por Benites ,Rubina(36) y Zaferson .

Tabla 3  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS  
A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HNCASE AREQUIPA, 2017

	Incompleta	Completa	Total
Primaria	12	19	31
Secundaria	11	38	49
Superior	13	7	20
Total	36	64	100

Gráfico 3



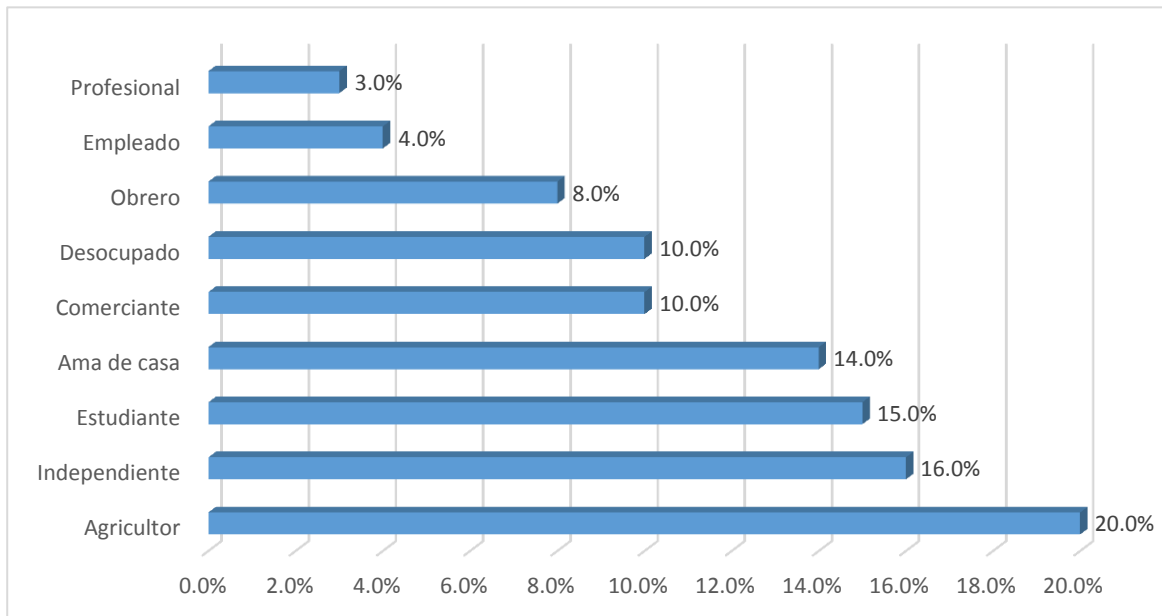
En la Tabla y Gráfico 3 se muestra la distribución de los pacientes según nivel de instrucción; la mayor parte de pacientes tuvo una instrucción entre primaria y secundaria (80%), con un 12% de pacientes con instrucción primaria incompleta, y sólo 7% tuvo una instrucción superior completa. Dicha muestra expresa un nivel socio, económico y cultural de mediano a bajo, recordando que la población asistente de ESSALUD muchas veces no cuenta con trabajo fijo y pertenece a una clase social media a baja; por lo que cualquier.

Tabla 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HNCASE AREQUIPA, 2017

	N°	%
Agricultor	20	20,0%
Independiente	16	16,0%
Estudiante	15	15,0%
Ama de casa	14	14,0%
Comerciante	10	10,0%
Desocupado	10	10,0%
Obrero	8	8,0%
Empleado	4	4,0%
Profesional	3	3,0%
Total	100	100,0%

Gráfico 4



La ocupación de los pacientes se muestra en la Tabla y Gráfico 4. La mayoría de pacientes atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo por cuadros quirúrgicos fueron agricultores (20%) y trabajadores independientes (16%), con 15% de estudiantes y 14% amas de casa. Un 10% fueron comerciantes, y porcentaje similar desocupados. Entre desocupados, estudiantes y amas de casa Cabe resaltar que al conglomerar desocupados, estudiantes y amas de casa representan el 39% de la muestra y que al momento del estudio es una población no productiva. Los pacientes que acuden al HNCASE carecen de servicios en otras entidades privadas.

### 3.2.2 Objetivo específico 2

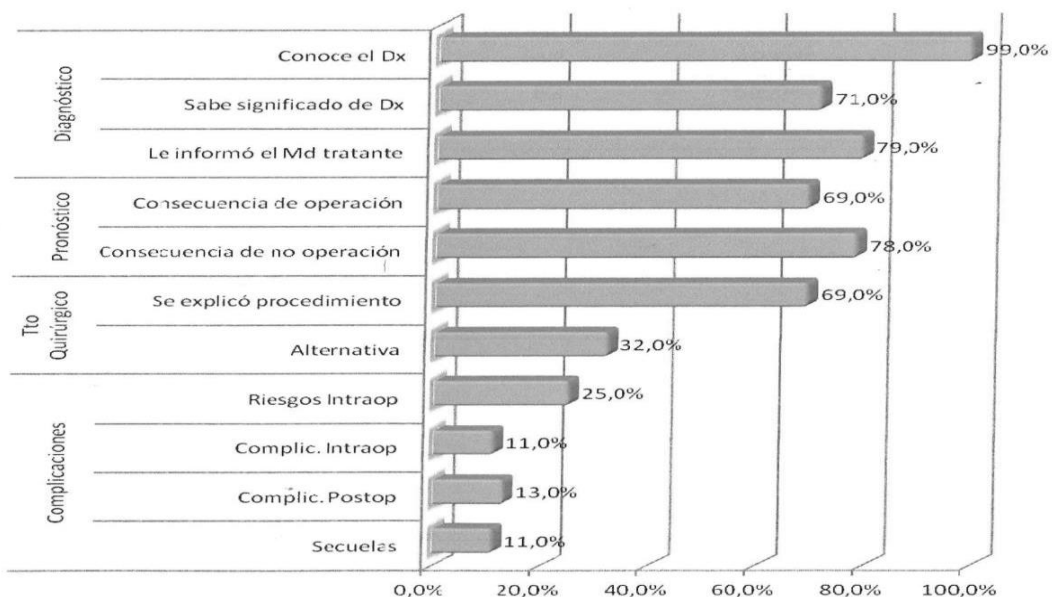
Identificar las características de la información quirúrgica pre-operatoria en el consentimiento informado de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

Tabla 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN QUIRÚRGICA PRE-OPERATORIA RECIBIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HNCASE AREQUIPA, 2017

		N°	%
Diagnóstico	Conoce el Diagnostico	99	99,0%
	Sabe significado de Diagnostico	71	71,0%
	Le informó el Médico tratante	79	79,0%
Pronóstico	Consecuencia de operación	69	69,0%
	Consecuencia de no operación	78	78,0%
Tto Quirúrgico	Se explicó procedimiento	69	69,0%
	Alternativa	32	32,0%
Complicaciones	Riesgos Intraoperatorios	25	25,0%
	Complic. Intraoperatorios	11	11,0%
	Complic. Postoperatorios	13	13,0%
	Secuelas	11	11,0%

Grafico 5



La Tabla y Gráfico 5 muestran el contenido de la información referente al acto quirúrgico. En cuanto al diagnóstico motivo de la cirugía, el 99% de pacientes conoce su diagnóstico, pero sólo 71% sabe qué significa. El 79% fue informado por su médico tratante, el resto de casos recibió información por el residente de cirugía (13%) por el interno (7%), y en un caso ninguno de ellos (1%). En relación al pronóstico, el 69% menciona que se le explico que sucedía si se opera, y al 78% se le explicó las posibles consecuencias de no operarse. En cuanto al tratamiento quirúrgico, el 69% de pacientes recibió explicación sobre el procedimiento, y sólo 32% de posibles alternativas al tratamiento quirúrgico. En cuanto a las complicaciones, el 25% de pacientes recibió información sobre riesgos intraoperatorios, 11% sobre las complicaciones intraoperatorias, 13% sobre complicaciones postoperatorias, y 11% sobre posibles secuelas de la cirugía.

### 3.2.3 Objetivo específico 3

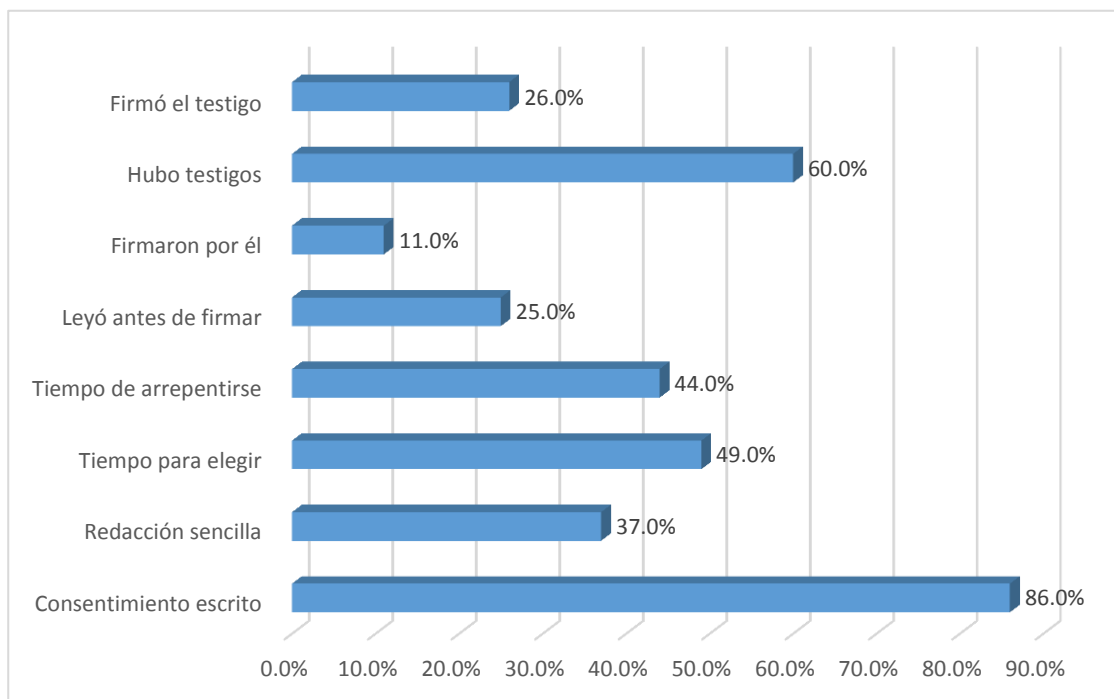
Establecer las características del consentimiento informado en los pacientes que se sometan a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

Tabla 6

#### CARACTERÍSTICAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HNCASE AREQUIPA, 2017

	N°	%
Consentimiento escrito	86	86,0%
Redacción sencilla	37	37,0%
Tiempo para elegir	49	49,0%
Tiempo de arrepentirse	44	44,0%
Leyó antes de firmar	25	25,0%
Firmaron por él	11	11,0%
Hubo testigos	60	60,0%
Firmó el testigo	26	26,0%

Grafico 6



La Tabla y Gráfico 6 muestran las características del consentimiento informado. En el 86% de casos el consentimiento se hizo por escrito, con una redacción sencilla en 37% de casos. En 49% de casos se dio un tiempo oportuno para su lectura y toma de decisión; en el 44% de casos tuvo tiempo para revocar su decisión. En 25% de pacientes tuvo tiempo para leer antes de firmar; en un 11 % de casos otra persona firmó por el paciente. En 60% de los actos de consentimiento hubo presencia de testigos, pero sólo firmaron en 26% de casos.



### 3.2.4 Objetivo específico 4

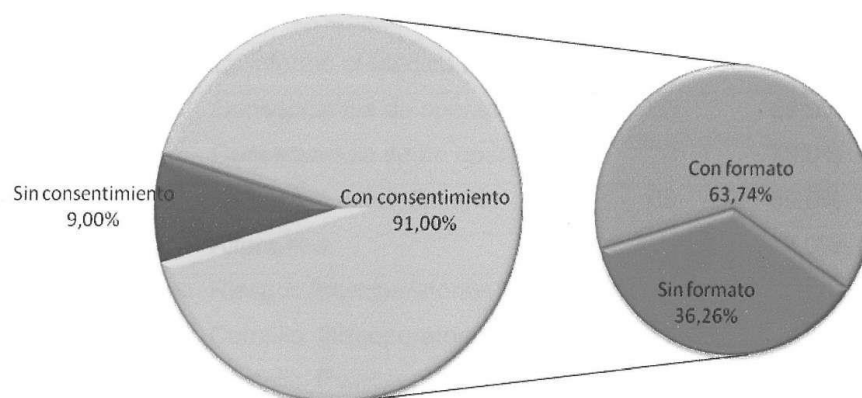
Establecer las características de la aplicación del consentimiento informado por escrito en los pacientes que se sometan a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

Tabla 7

CARACTERÍSTICAS DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO  
EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL  
HNCASE AREQUIPA, 2017.

	N°	%
Sin consentimiento	9	9,0%
Con consentimiento	91	91,0%
- <i>Con formato</i>	58	63,74%
- <i>Sin formato</i>	33	36,26%

Grafico 7



En la revisión de los pacientes intervenidos, en el 91% se encontró evidencia que se le aplicó un consentimiento informado (formato o manuscrito firmado), mientras que el 9% "no fue realizado", como se aprecia en la Tabla y Gráfico 7, al parecer corresponden al consentimiento verbal. En los casos en los que se realizó el consentimiento informado, el 63,74% se aplicó un formato, mientras que en 36,26% se elaboró un formato en el momento, en todos los casos elaborado por el interno de Medicina. Pese a que la Historia Clínica cuenta con este documento, no refleja la calidad de información recibida como se analizará más adelante.

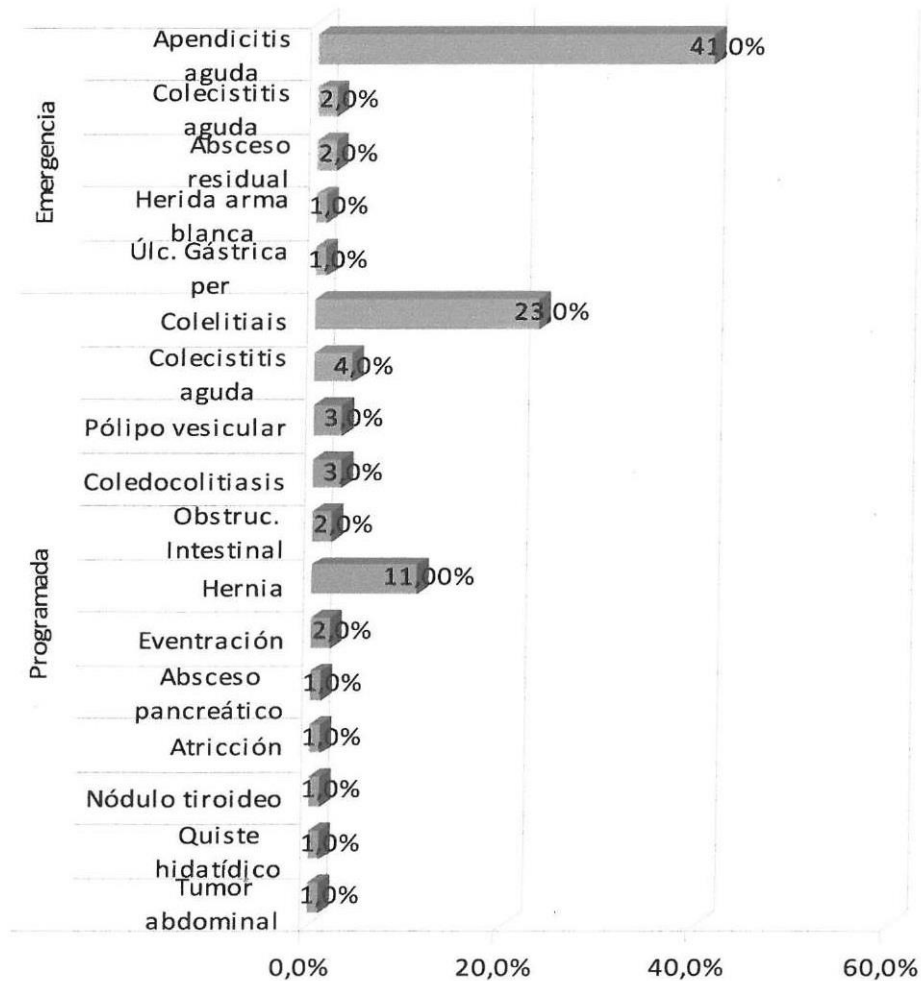
### 3.2.5 Objetivo específico 5

Identificar la distribución según indicación y tipo de la cirugía del consentimiento informado en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

Tabla 8  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN INDICACIÓN DE LA CIRUGÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HNCASE AREQUIPA, 2017.

		Nº	%
Emergencia	Apendicitis aguda	41	41,0%
	Colecistitis aguda	2	2,0%
	Absceso residual	2	2,0%
	Herida arma blanca	1	1,0%
	Úlc. Gástrica per	1	1,0%
Programada	Colelitiasis	23	23,0%
	Colecistitis aguda	4	4,0%
	Pólipo vesicular	3	3,0%
	Coleocolitiasis	3	3,0%
	Obstruc. Intestinal	2	2,0%
	Hernia	11	11,0%
	Eventración	2	2,0%
	Absceso pancreático	1	1,0%
	Atricción	1	1,0%
	Nódulo tiroideo	1	1,0%
	Quiste hidatídico	1	1,0%
	Tumor abdominal	1	1,0%
Total		100	100,0%

Grafico 8



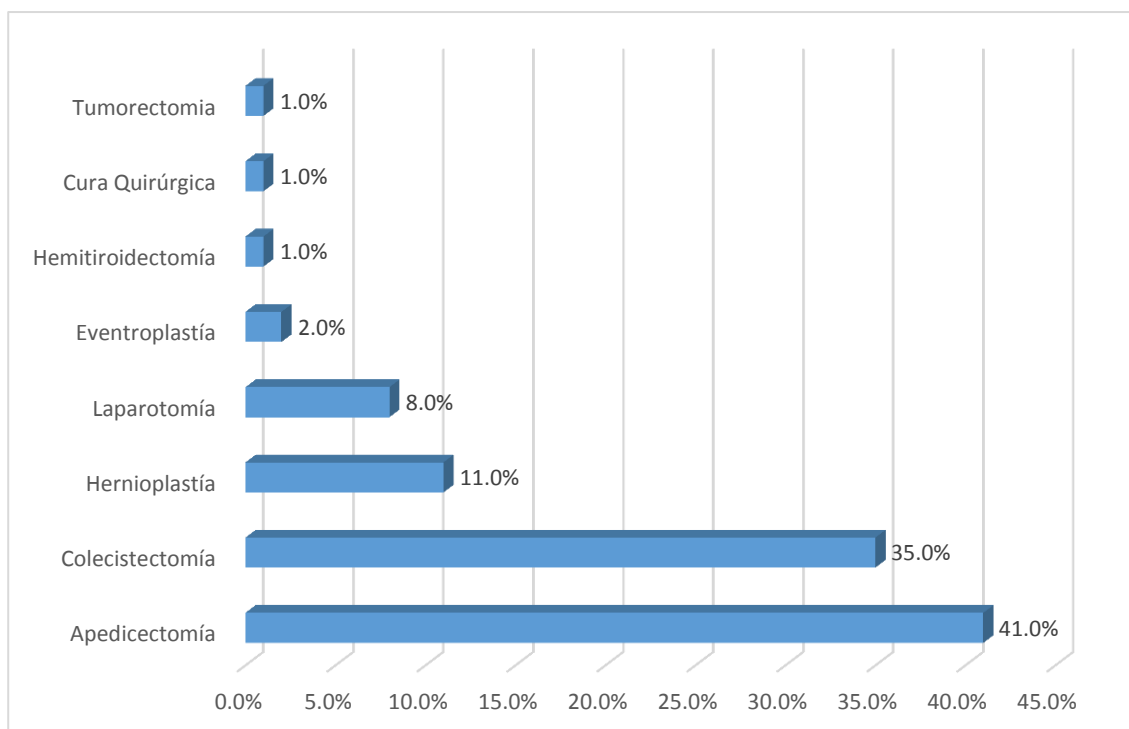
Las indicaciones de la cirugía se muestran en la Tabla y Gráfico 8. Entre las cirugías de emergencia, el 41% fueron por apendicitis agudas, 2% por colecistitis aguda, y otras causas fueron menos frecuentes. De las cirugías programadas, el 33% fueron por patología de la vesícula y vías biliares, 11% por hernia y otras causas con menor frecuencia. Para tales casos, las cirugías indicadas fueron principalmente apendicetomías (41%) y colecistectomías (35%), con 11% de hernioplastias y 8% de laparotomías

Tabla 9

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE CIRUGÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HNCASE AREQUIPA, 2017.

	N°	%
Apedicectomía	41	41,0%
Colecistectomía	35	35,0%
Hernioplastía	11	11,0%
Laparotomía	8	8,0%
Eventroplastía	2	2,0%
Hemitiroidectomía	1	1,0%
Cura Quirúrgica	1	1,0%
Tumorectomía	1	1,0%
Total	100	100,0%

Grafico 9



Como se ve, las patologías apendicular y vesicular son las más frecuentes que se presentan en éste hospital que no varía con otros centros similares.

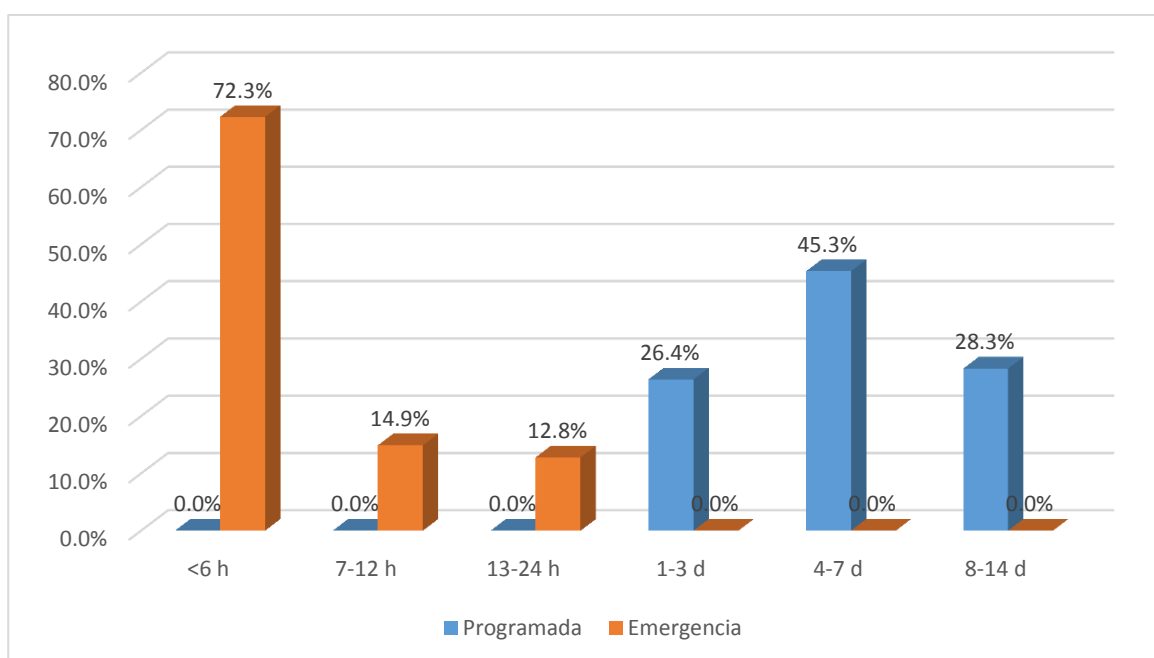
### 3.2.6 Objetivo específico 6

Identificar el tiempo de espera y tipo de cirugía en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

Tabla 10  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE ESPERA Y TIPO DE CIRUGÍA EN  
PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA  
EN EL HNCASE AREQUIPA, 2017.

Espera	N°	%	N°	%
<6 h	0	0,0%	34	72,3%
7-12 h	0	0,0%	7	14,9%
13-24 h	0	0,0%	6	12,8%
1-3 d	14	26,4%	0	0,0%
4-7 d	24	45,3%	0	0,0%
8-14 d	15	28,3%	0	0,0%
Total	53	100,0%	47	100,0%

Grafico 10



En relación al tiempo de espera para la cirugía, la Tabla y Gráfico 10 muestran que el 47% de cirugías fueron de emergencia, y 53% programadas. El tiempo de espera en las cirugías programadas fue de 4 a 7 días en 45,3%, mientras que las cirugías de emergencia se realizaron antes de las 6 horas en el 73,3%. En cuanto al número de cirugías de emergencia y cirugías programadas no existe diferencia significativa; en cuanto al tiempo de espera de las cirugías programadas para su realización se explica por la razón que los pacientes ingresan al Servicio sin haberse completado sus estudios pre-operatorios que podría disminuir el tiempo de espera. Semejantes resultados se objetivan con Benites (4) otros estudios no indagan dicho dato. El tiempo de espera en las cirugías programadas debería ser suficiente para la realización de un verdadero Consentimiento Informado, pero como veremos más adelante, no se aprovecha dicho tiempo ya que se ha convertido en un requisito más para la realización del procedimiento quirúrgico.

### 3.2.7 Objetivo específico 7

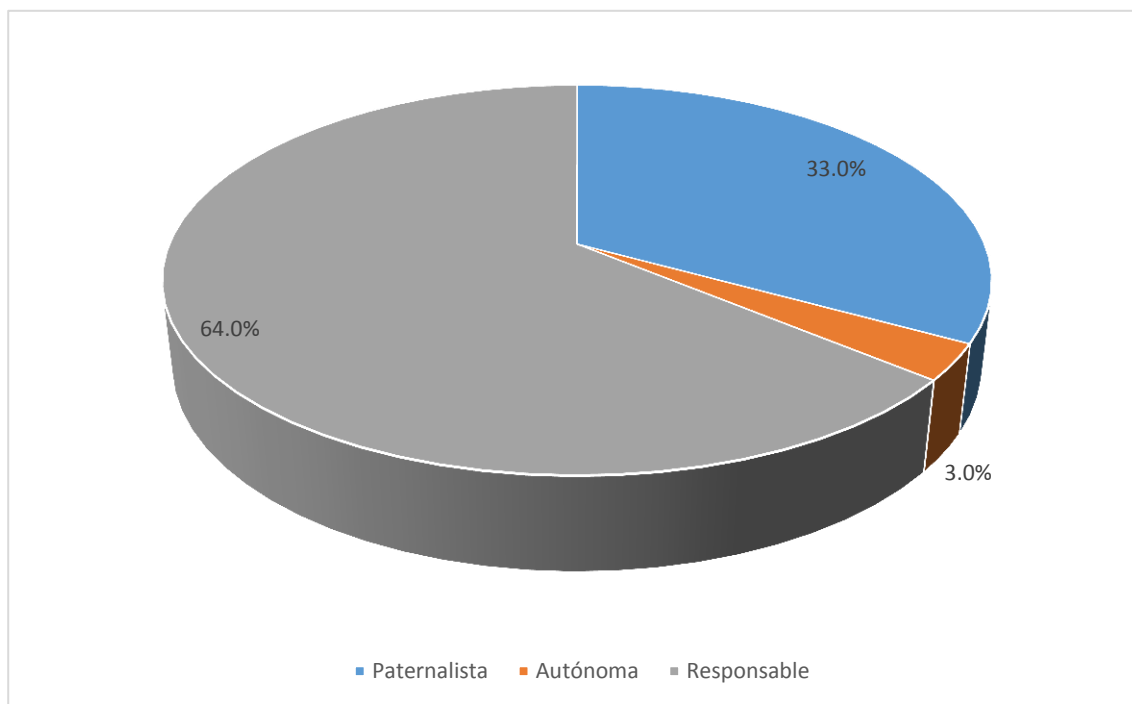
Establecer la relación médico-paciente ante una intervención quirúrgica en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

Tabla 11

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN USUARIOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. HNCASE, AREQUIPA, 2017.

	N°	%
Paternalista	33	33,0%
Autónoma	3	3,0%
Responsable	64	64,0%
Total	100	100,0%

Grafico 11





Al evaluar la relación médico-paciente en los casos estudiados, la Tabla y Gráfico 11 muestran que esta relación fue paternalista en 33% de casos, ya que el médico propuso el tratamiento quirúrgico y el paciente aceptó sin objeción dicha propuesta; en 3% de casos fue autónoma al ser el paciente el que solicitó la intervención por sí solo dando la impresión que el paciente acude al hospital en busca de un servicio como en una transacción comercial, y en 64% de casos la relación fue responsable, ya que tanto el pacientes como el médico tomaron la decisión en forma conjunta.

En cuanto a la relación médico-paciente observada, aún el médico adopta una actitud paternalista en una tercera parte, pero vemos que prevalece la decisión responsable que es lo ideal y que puede ser relacionado con el grado de instrucción que presenta la muestra.

### 3.2.8 Objetivo específico 8

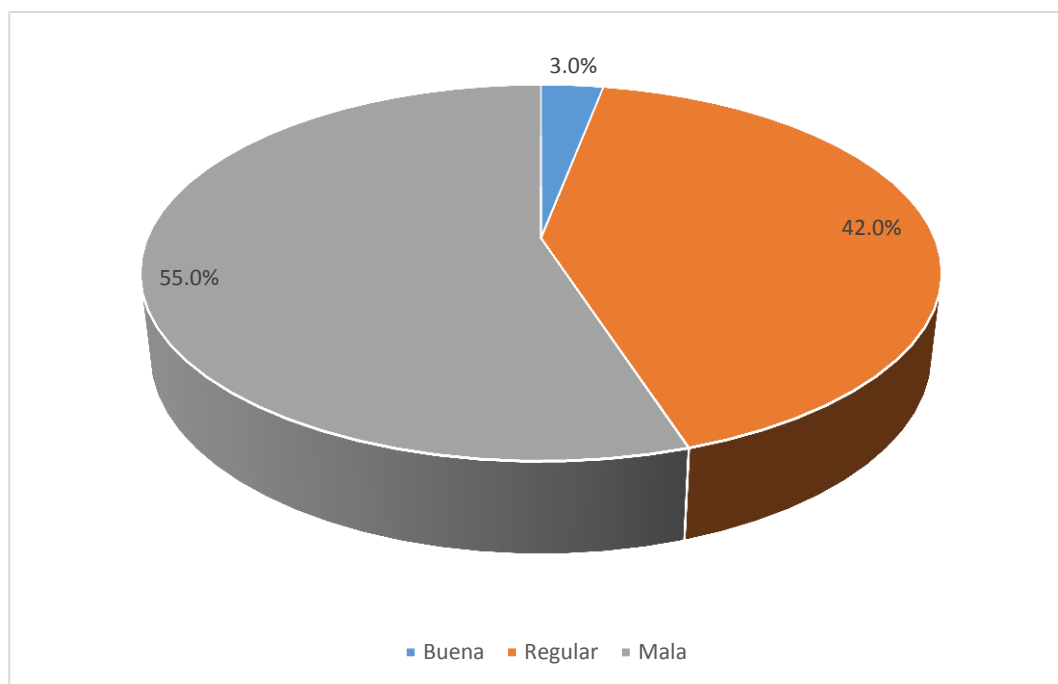
Establecer del nivel de calidad de la información recibida en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

Tabla 12

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACION RECIBIDA EN  
PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS  
HNCASE, AREQUIPA, 2017.

	N°	%
Buena	3	3,0%
Regular	42	42,0%
Mala	55	55,0%
Total	100	100,0%

Grafico 12



Esto hizo que en el 55% de casos el consentimiento se calificara como malo, en 42% regular, y sólo en 3% bueno (Tabla y Gráfico 12). El porcentaje de existencia de un documento firmado por el paciente autorizando su intervención podría suponer una buena aplicación de consentimiento informado, pero al hacer el análisis de su forma de aplicación vemos lo contrario, a pesar de existir testigos hasta en un 60%; dicho hallazgo es congruente con Rubina (36) y Zaíerson <17), éstos datos podrían explicarse que se ha llegado a convertir el consentimiento informado en un mero formulismo de obtener la firma del paciente sin realizarse un verdadero Consentimiento Informado por lo que se transforma en un documento que no garantiza la información al paciente ni protege al médico de un problema legal.

Al comparar la tabla 7 y la 12 notamos una diferencia entre el número de historias que contaban con el consentimiento y el número de pacientes que informaban que su forma de consentimiento fue escrita, esto podríamos explicarlo tal vez por el olvido en la forma como consintieron su tratamiento influenciado por el momento de estrés que cursaban.

### 3.2.9 Objetivo específico 9

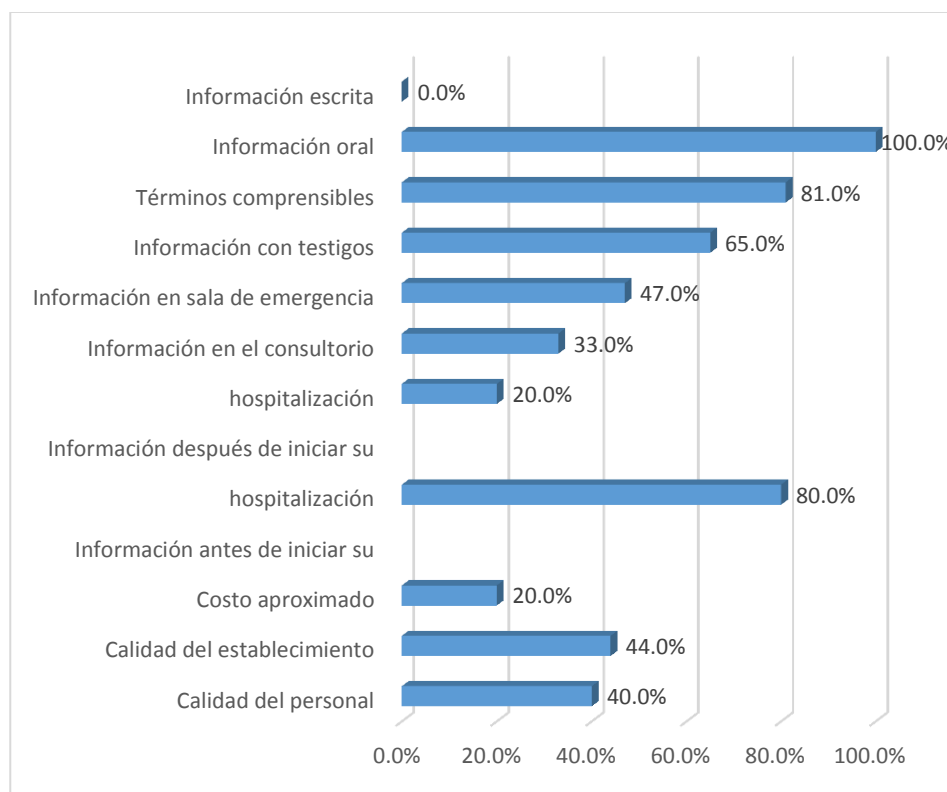
Identificar los factores que influyen en la información recibida antes del acto operatorio y de su consentimiento informado en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa, 2017.

Tabla 13

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INFORMACIÓN RECIBIDA ANTES DEL ACTO OPERATORIO Y DE SU CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL HNCASE, AREQUIPA, 2017.

	N°	%
Calidad del personal	40	40,0%
Calidad del establecimiento	44	44,0%
Costo aproximado	20	20,0%
Información antes de iniciar su hospitalización	80	80,0%
Información después de iniciar su hospitalización	20	20,0%
Información en el consultorio	33	33,0%
Información en sala de emergencia	47	47,0%
Información con testigos	65	65,0%
Términos comprensibles	81	81,0%
Información oral	100	100,0%
Información escrita	0	0,0%

Grafico 13



La Tabla y Gráfico 13 muestran que al 40% de pacientes se les informó sobre la calidad del personal, en 44% se informó sobre la calidad del establecimiento, en 20% se informó acerca del costo aproximado de la cirugía. En el 80% de casos la información se proporcionó antes de iniciar la hospitalización y en 20% después de iniciar la hospitalización; en 33% de casos se dio información en el consultorio externo y 47% en sala de emergencias. En 65% de casos se dio la información con testigos, con términos comprensibles en 81% de casos. La información se dio siempre en forma oral, pero en ningún caso de manera escrita. Notamos también que la información sobre el servicio por brindar es mala ya que en menos del 50% recibió datos acerca del establecimiento, sobre su personal ni costos. Cabe resaltar el dato que el 81% menciona haber recibido la información en términos comprensibles pero dicha información es incompleta. Además mencionaremos que los pacientes que asisten al HNCASE por su condición económica no tienen forma de escoger otro servicio.

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

### **III. DISCUSION**

Para la realización del estudio se entrevistó a pacientes programados para cirugía, solicitando su participación voluntaria. Se revisaron las historias clínicas para obtener información epidemiológica y clínica (Anexo 1), luego el autor entrevistó al paciente para conocer las características de la información proporcionada en cuanto a la cirugía (Anexo 2A), sobre la calidad del consentimiento informado (Anexo 2B) y finalmente sobre aspectos relacionados al informante y a las características del sistema prestador de salud (Anexo 2C). Los resultados se muestran mediante estadística descriptiva.

Primero se muestran las características generales de los pacientes. La Tabla y Gráfico 2 muestran la distribución de pacientes por edad y sexo. Se tomaron 50 varones y 50 mujeres, y sus edades predominantes estuvieron entre los 20 y 29 años (31% del total); y un segundo importante grupo estuvo constituido por pacientes entre los 50 y 59 años (22%). Nuestra muestra expresa edades en fase productiva, que se ven en la necesidad de corregir deficiencias, como es el caso de enfermedad, así mismo son edades en las cuales se puede hacer uso pleno de nuestras facultades mentales ; dichos hallazgos son semejantes a los encontrados por Benites ,Rubina(36) y Zaferson .

En la Tabla y Gráfico 3 se muestra la distribución de los pacientes según nivel de instrucción; la mayor parte de pacientes tuvo una instrucción entre primaria y secundaria (80%), con un 12% de pacientes con instrucción primaria incompleta, y sólo 7% tuvo una instrucción superior completa. Dicha muestra expresa un nivel socio, económico y cultural de mediano a bajo, recordando que la población asistente de ESSALUD muchas veces no cuenta con trabajo fijo y pertenece a una clase social media a baja; por lo que cualquier.

La ocupación de los pacientes se muestra en la Tabla y Gráfico 4. La mayoría de pacientes atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo por cuadros quirúrgicos fueron agricultores (20%) y trabajadores independientes (16%), con 15% de estudiantes y 14% amas de casa. Un 10% fueron

comerciantes, y porcentaje similar desocupados. Entre desocupados, estudiantes y amas de casa Cabe resaltar que al conglomerar desocupados, estudiantes y amas de casa representan el 39% de la muestra y que al momento del estudio es una población no productiva. Los pacientes que acuden al HNCASE carecen de servicios en otras entidades privadas.

En relación al tiempo de espera para la cirugía, la Tabla y Gráfico 10 muestran que el 47% de cirugías fueron de emergencia, y 53% programadas. El tiempo de espera en las cirugías programadas fue de 4 a 7 días en 45,3%, mientras que las cirugías de emergencia se realizaron antes de las 6 horas en el 73,3%. En cuanto al número de cirugías de emergencia y cirugías programadas no existe diferencia significativa; en cuanto al tiempo de espera de las cirugías programadas para su realización se explica por la razón que los pacientes ingresan al Servicio sin haberse completado sus estudios pre-operatorios que podría disminuir el tiempo de espera. Semejantes resultados se objetivan con Benites (4) otros estudios no indagan dicho dato. El tiempo de espera en las cirugías programadas debería ser suficiente para la realización de un verdadero Consentimiento Informado, pero como veremos más adelante, no se aprovecha dicho tiempo ya que se ha convertido en un requisito más para la realización del procedimiento quirúrgico.

Las indicaciones de la cirugía se muestran en la Tabla y Gráfico 8. Entre las cirugías de emergencia, el 41% fueron por apendicitis agudas, 2% por colecistitis aguda, y otras causas fueron menos frecuentes. De las cirugías programadas, el 33% fueron por patología de la vesícula y vías biliares, 11% por hernia y otras causas con menor frecuencia. Para tales casos, las cirugías indicadas fueron principalmente apendicectomías (41%) y colecistectomías (35%), con 11% de hemoplasias y 8% de laparotomías (Tabla y Gráfico 6). Como se ve, las patologías apendicular y vesicular son las más frecuentes que se presentan en éste hospital que no varía con otros centros similares.

En la revisión de los pacientes intervenidos, en el 91% se encontró evidencia que se le aplicó un consentimiento informado (formato o manuscrito firmado), mientras que el 9% "no fue realizado", como se aprecia en la Tabla y Gráfico 7, al parecer



corresponden al consentimiento verbal. En los casos en los que se realizó el consentimiento informado, el 63,74% se aplicó un formato, mientras que en 36,26% se elaboró un formato en el momento, en todos los casos elaborado por el interno de Medicina. Pese a que la Historia Clínica cuenta con este documento, no refleja la calidad de información recibida como se analizará más adelante.

En la segunda parte de la entrevista, se evaluaron las características de la información proporcionada en el consentimiento informado. La Tabla y Gráfico 5 muestran el contenido de la información referente al acto quirúrgico. En cuanto al diagnóstico motivo de la cirugía, el 99% de pacientes conoce su diagnóstico, pero sólo 71% sabe qué significa. El 79% fue informado por su médico tratante, el resto de casos recibió información por el residente de cirugía (13%) por el interno (7%), y en un caso ninguno de ellos (1%). En relación al pronóstico, el 69% menciona que se le explico que sucedía si se opera, y al 78% se le explicó las posibles consecuencias de no operarse. En cuanto al tratamiento quirúrgico, el 69% de pacientes recibió explicación sobre el procedimiento, y sólo 32% de posibles alternativas al tratamiento quirúrgico. En cuanto a las complicaciones, el 25% de pacientes recibió información sobre riesgos intraoperatorios, 11% sobre las complicaciones intraoperatorias, 13% sobre complicaciones postoperatorias, y 11% sobre posibles secuelas de la cirugía. Con todo ello, la calificación del nivel de información quirúrgica en el consentimiento informado sólo fue buena en 6% de casos (información completa), regular en 42% y mala en 52% (información parcial) de pacientes encuestados, como se aprecia en la Tabla y Gráfico 9.

En cuanto a la calificación del nivel de información quirúrgica hallado (52% mala) es semejante a lo encontrado por Fuentes<sup>1</sup>; Peña (34), Rubina (36) y Zaferson (47) reflejando que el paciente recibe una deficiente e inadecuada información de su enfermedad y del tratamiento que requiere, así como los riesgos, complicaciones y secuelas a los que están expuestos, a pesar que en el 79% de los casos mencionan haber recibido la información por el médico tratante. Esto puede explicar la causa por la que al presentarse alguna complicación, el paciente o

familiares culpan al médico llegando en alguno de los casos a demandas judiciales, tabla y grafico 6

La Tabla y Gráfico 1 muestran las características del consentimiento informado. En el 86% de casos el consentimiento se hizo por escrito, con una redacción sencilla en 37% de casos. En 49% de casos se dio un tiempo oportuno para su lectura y toma de decisión; en el 44% de casos tuvo tiempo para revocar su decisión. En 25% de pacientes tuvo tiempo para leer antes de firmar; en un 11 % de casos otra persona firmó por el paciente. En 60% de los actos de consentimiento hubo presencia de testigos, pero sólo firmaron en 26% de casos. Esto hizo que en el 55% de casos el consentimiento se calificara como malo, en 42% regular, y sólo en 3% bueno (Tabla y Gráfico 12). El porcentaje de existencia de un documento firmado por el paciente autorizando su intervención podría suponer una buena aplicación de consentimiento informado, pero al hacer el análisis de su forma de aplicación vemos lo contrario, a pesar de existir testigos hasta en un 60%; dicho hallazgo es congruente con Rubina(36) y Zaferson<17), éstos datos podrían explicarse que se ha llegado a convertir el consentimiento informado en un mero formulismo de obtener la firma del paciente sin realizarse un verdadero Consentimiento Informado por lo que se transforma en un documento que no garantiza la información al paciente ni protege al médico de un problema legal. Al comparar la tabla 7 y la 11 notamos una diferencia entre el número de historias que contaban con el consentimiento y el número de pacientes que informaban que su forma de consentimiento fue escrita, esto podríamos explicarlo tal vez por el olvido en la forma como consintieron su tratamiento influenciado por el momento de estrés que cursaban.

En la última parte de la entrevista, se evaluaron los factores de la institución o del informante que pudieron influir en la calidad de la información proporcionada. Para la información quirúrgica, la Tabla y Gráfico 13 muestran que al 40% de pacientes se les informó sobre la calidad del personal, en 44% se informó sobre la calidad del establecimiento, en 20% se informó acerca del costo aproximado de la cirugía. En el 80% de casos la información se proporcionó antes de iniciar la

hospitalización y en 20% después de iniciar la hospitalización; en 33% de casos se dio información en el consultorio externo y 47% en sala de emergencias. En 65% de casos se dio la información con testigos, con términos comprensibles en 81% de casos. La información se dio siempre en forma oral, pero en ningún caso de manera escrita. Notamos también que la información sobre el servicio por brindar es mala ya que en menos del 50% recibió datos acerca del establecimiento, sobre su personal ni costos. Cabe resaltar el dato que el 81% menciona haber recibido la información en términos comprensibles pero dicha información es incompleta. Además mencionaremos que los pacientes que asisten al HNCASE por su condición económica no tienen forma de escoger otro servicio.

Finalmente, al evaluar la relación médico-paciente en los casos estudiados, la Tabla y Gráfico 11 muestran que esta relación fue paternalista en 33% de casos, ya que el médico propuso el tratamiento quirúrgico y el paciente aceptó sin objeción dicha propuesta; en 3% de casos fue autónoma al ser el paciente el que solicitó la intervención por sí solo dando la impresión que el paciente acude al hospital en busca de un servicio como en una transacción comercial, y en 64% de casos la relación fue responsable, ya que tanto el pacientes como el médico tomaron la decisión en forma conjunta. En cuanto a la relación médico-paciente observada, aún el médico adopta una actitud paternalista en una tercera parte, pero vemos que prevalece la decisión responsable que es lo ideal y que puede ser relacionado con el grado de instrucción que presenta la muestra.

Durante la recolección de datos, los pacientes se mostraron colaboradores, pudiéndose aplicar la ficha sin ningún problema, pero se presentó algunos inconvenientes al revisar las historias clínicas las cuales no se encontraban completas, pese a la existencia de la Norma Técnica de Salud para la gestión de la historia clínica que obliga por ley el manejo adecuado de éste documento legal. El presente estudio nos confirma la percepción de que el Consentimiento Informado no se viene realizando en forma correcta, pese a la existencia del formato firmado por el paciente en la mayoría de los casos, que no garantiza que se les esté dando la información correcta; el nivel de instrucción viene mejorando

en la población y esto conlleva al conocimiento de derechos de las personas, que al no tener la información adecuada, podría acarrear el incremento de demandas judiciales al presentarse complicaciones en el actuar médico, por lo que se hace imperativo mejorar la aplicación del Consentimiento Informado que es un deber nuestro que estamos descuidando y un derecho del paciente que puede reclamarlo

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES**

## IV. CONCLUSIONES

- Primera.-** El nivel de evaluación del consentimiento informado es malo en 52,0%, regular en 42,0% y buena en 6,0%.
- Segunda.-** Las características sociodemográficas de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, la mayor frecuencia se dan entre las edades de 20 a 29 años de edad (31,0%), de nivel secundario (49), de ocupación agricultor (20,0%).
- Tercero.-** Las características de la información quirúrgica pre-operatoria en el consentimiento informado, el 83,0% conoce, sabe y el médico tratante le informó, el 73,5% está informado del pronóstico del evento quirúrgico, el 50,5% recibió explicación del procedimiento y sus alternativas y el 15,0% de ellos conoce las complicaciones quirúrgicas.
- Cuarta.-** Las características del consentimiento informado es que el 86,0% de ellos es escrito, 60,0% tuvo testigos, 49,0% poco tiempo para elegir, 44,0% dispone de tiempo para arrepentirse, 37,0% de redacción sencilla, 26,0 firmo el testigo, 25,0% leyó el consentimiento informado antes de firmar y el 11,0% firmaron por el paciente.
- Quinta.-** Las características de la aplicación del consentimiento informado por escrito el 91,0% da su consentimiento informado y el 58,0% lo hace con formato.
- Sexta.-** El 53,0% de las intervenciones quirúrgicas son programadas y el 47,0% de ellas provienen de emergencia, el 41,0% es apendicetomía, 35,0% colecistectomía.
- Séptima.-** El tiempo de espera 72,3% es mayor a 6 horas.
- Octava.-** La relación médico-paciente ante una intervención quirúrgica es responsable en 64,0%, paternalista en 33,0% y autónoma en 3,0%.
- Novena.-** La calidad del consentimiento informado en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas fue mala en un 55,0%.

**Decima.-** Los factores que influyen en la información recibida antes del acto operatorio y de su consentimiento informado son: el personal que brinda la información, ya que a menor preparación la información otorgada es menos completa; y para contar con el Consentimiento Informado es un requisito firmar para realizarse el procedimiento y no comprenderlo, ni acepta ni negarse.

## **CAPITULO VI**

### **RECOMENDACIONES**



## **V. RECOMENDACIONES**

- 1) Se recomienda al Servicio de Cirugía la revisión periódica de temas de Bioética, ya que la Medicina no solo es una ciencia y una tecnología, además es un arte que es ejecutada por seres humanos investidos por su preparación, su experiencia, sus principios éticos y morales, pero potencialmente susceptibles de cometer errores.
- 2) Al Servicio de Cirugía elaborar cartillas de información escritas sobre los tipos más frecuentes de cirugía para ser entregados a los pacientes como parte del procedimiento del consentimiento informado.
- 3) La inmediata aplicación del formato del Consentimiento Informado contemplado en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica vigente emitida por el Ministerio de Salud ya que es un documento legal (ANEXO 4).
- 4) Se recomienda contar con la cantidad suficiente de formatos para la realización del Consentimiento Informado y evitar la elaboración de formatos improvisados a mano realizan los Internos de Medicina para la obtención de la aceptación al procedimiento por parte de los pacientes.
- 5) La ejecución del Consentimiento Informado a los Médicos Asistentes del Servicio de Cirugía y/o a los Médicos Residentes de mayor grado para mejorar la información que se les brinda a los pacientes

## **CAPITULO VII**

### **REFERENCIAS**

## VII. REFERENCIAS

- 1) Aldrete JA. Texto de Anestesiología Teórico-Práctico. México: Editorial Salvat, 2003. Tomo I.
- 2) Benatar D. Informed consent and research. British Medical Journal 1998; 31(28): 1008
- 3) Benéfica FS. Consentimiento informado; o que el médico precisa saber. Rev. AMRIGS 1996; 40(30): 175- 179.
- 4) Benites Zapana J. Información pre-operatoria y consentimiento informado en pacientes programados para intervención quirúrgica en el Hospital Goyeneche 1999. Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Bachiller en Medicina en la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 1999.
- 5) Bustamante LC. Ética. Medicina y Sociedad, Lima, 1985.
- 6) Broggi MA. La información clínica y el consentimiento informado. Medicina Clínica 1999, 112:95 -96.
- 7) Caeiro T. El proceso de información clínica y el consentimiento informado. Medicina 1994; 54: 275-220.
- 8) Navarro JA. Lo que el paciente conoce respecto a la Anestesiología. Actas Peruanas de Anestesiología 1997. X (1) 112- 115.
- 9) Código de ética y deontología Colegio Médico del Perú, 2000
- 10) Códigos Internacionales de ética. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1990; 108 (5- 6): 618-650.
- 11) Diario Oficial "El Peruano": Normas Legales. Año XV, N° 6232, Julio, 1997; 151245 - 151246.
- 12) Formación continuada. Gestión Sanitaria. La Consulta Documentada. Jurisprudencia. Gestión de riesgos. Legislación Bioética. Grandes Hospitales R virtual/Robots Telemedicina 1997.

- 13) Fuentes de Rivera D. Evaluación del consentimiento para operar. Tesis presentada para obtener el grado de Bachiller en Medicina en la Universidad Nacional de San Agustín en Arequipa, 1991.
- 14) Gisbert Calabuig A. Medicina Legal y Toxicología Sexta Edición, Madrid, Editorial Salvat, 2004.
- 15) Gil C. Fernández C. Código de Deontología del Consejo de Médicos de Cataluña, Madrid/Barcelona 1997.
- 16) Gracia D. La selección clínica. Revista Clínica Española 1992; 119(2): 61-63.
- 17) Guerrero Durán JA. La encuesta como instrumento científico. Revista Española de Anestesiología y Reanimación 1998; 45: 163 - 165.
- 18) Huaitalla J. Aspectos médico - legales de la práctica médica. Actas Peruanas de Anestesiología 1998; 11(1): 52-58.
- 19) Informe explicativo de la Convención para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina: Convenio relativo a los derechos humanos y la Biomédica, 1997.
- 20) Kerrigan DD, ThevasagayamRs, Woods TO, McWelch I et al. Who's afraid of informed consent? British Medical Journal 1993; 306: 298 - 300.
- 21) Leenen JJH: Los derechos del enfermo. Salud Mundial 1996; 45 (5): 4-5.
- 22) Levinson M. La comunicación médico-paciente: relación con las demandas por mala praxis en los médicos de aceptación primaria y los cirujanos. JAMA 1987; 6: 7
- 23) Lineamientos de política sectoriales para el periodo 2002 - 2012. Principios fundamentales para el plan estratégico sectorial del quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006. MINSA.
- 24) López de la Peña X. Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. Revista de investigación clínica 1995; 47: 5 - 12.
- 25) López de la Peña X. El consentimiento informado en la legislación en salud de México. Gac. Méd. Méx. 1996; 132 (5): 551 - 557.

- 26) Llubia C. La información clínica y el consentimiento informado. Revista Española de Anestesiología y Reanimación 1995; 42: 405 - 406.
- 27) Marco Sanjuán JC, Bondía Gimeno A, Pevena Soriano MJ, Martínez Bazán R et al. Estudio del malestar psicológico y del miedo pre-operatorio en pacientes quirúrgicos. Revista Española de Anestesiología y Reanimación 1990; 46: 191 - 196.
- 28) Mazza Gatti de Prato N, D'Angelo D'Angelo NI. Toma de decisiones: los límites de la medicina. Arch. Med. Interna (Montevideo) 1992; 14(4): 133 - 146.
- 29) Montt J; Manzini R. Bioética y práctica médica. Salud Mundial 1996; 49(5): 29 - 31.
- 30) Norma Técnica N° 022 - MINSA/ DGSP - VI Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. 2004.
- 31) Norma Técnica N° 022 - MINSA/ DGSP - V2 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. 2006.
- 32) Olza I. Guía Práctica de Navarra. Diario Médico, 1997.
- 33) Organización Panamericana de la Salud. Bioética: temas y perspectivas, 1990.
- 34) Peña D., Alfonso N. El Consentimiento Informado en el paciente quirúrgico. Hospital Provincial Manuel Ascunce Doménech. Camagüey. 2004.
- 35) [www.amc.s/d.cu/amc/2004/v8n4/841,OK%20orig.Pdf](http://www.amc.s/d.cu/amc/2004/v8n4/841,OK%20orig.Pdf)
- 36) Rodríguez G., A : Modelo de la Relación Médico-Paciente, Reflejo de la deshumanización de la Salud. ARS Médica Vol 12 N° 12 Rev Estudios Médico Humanísticos. P. Universidad Católica de Chile. Disponible en URL.
- 37) <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedical2/Modelos.html>
- 38) Rubina S. Nivel de información preoperatoria en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía del HNCASE de Arequipa. 2003.
- 39) Sancieto A. Modelos de consentimiento informado en cirugía laparoscópica. Buenos Aires/Argentina, 1998.
- 40) Santander M. El documento de consentimiento informado. Madrid, 1998.

- 41) Sanz Cid JJ. Audiencia de Valladolid, sección tercera. Sentencia número 161, rollo número 42/97-B del 19 de Abril de 1997.
- 42) Tallóte F. El consentimiento informado en el Derecho Médico. Pastoral del SIDA. 2004. [www.pastoralsida.com.ar/.../consentimneto.htm](http://www.pastoralsida.com.ar/.../consentimneto.htm)
- 43) Varo J. La satisfacción del cliente. Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1994.
- 44) Vélez L. Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte Segunda Edición, 1996.
- 45) Warnock M. Informed consent a publisher's duty. British Medical Journal 1998, 316(28): 1002
- 46) Wikinski JA, Piaggio AN. El consentimiento informado, Primera Parte: el deber de informar. Rev. argent. anestesiología. 1999;51: 87 - 105.
- 47) Wikinski JA, Piaggio AN. El consentimiento informado. Segunda Parte: el consentimiento como deber jurídico. Rev. argent. anestesiología. 1993; 51(3): 153 -158.
- 48) Wikinski JA, Piaggio AN. El consentimiento informado. Tercera Parte: la doctrina del consentimiento informado. Rev. argent. anestesiología. 1993; 5(3): 159- 176.
- 49) Zaferson J. Información preoperatorio y consentimiento informado en pacientes programados para colecistectomía abierta en el HNCASE de Arequipa. 2006.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**DATOS DE HISTORIA CLÍNICA**

Historia Clínica N:.....

Cama N°: .....

Fecha de ingreso: .....

Fecha de nacimiento: .....

Edad: .....años

Sexo:            Masculino ( )            Femenino ( )

Grado de instrucción: .....

Ocupación: .....

Cirugía:            Programada ( )            Emergencia ( )

Tiempo de hospitalización antes de ser operado: .....

Diagnóstico pre-operatorio: .....

Tipo de operación: .....

Especialidad quirúrgica: .....

Consentimiento informado:                            Si ( )    No ( )

Fecha del consentimiento informado:.....

Persona que hospitalizó al paciente: .....

Persona que informó al paciente:.....

Persona que programó o indicó la operación: .....

Persona que operó al paciente: .....

Se usó formato para la obtención del consentimiento: Si ( )    No ( )

Si no se usó formato, la redacción fue hecha por:.....

Cirujano ( )    Residente ( )            Interno ( )



## ANEXO 2

### ENTREVISTA – ENCUESTA

Nº de Historia Clínica: .....

Nº de cama: .....

Fecha: .....

#### A) INFORMACIÓN PREOPERATORIA QUIRÚRGICA Diagnóstico quirúrgico

**1. ¿Sabe Ud. su diagnóstico? (1 punto)**

SI ( ) NO ( )

¿Cuál es el o los diagnósticos pre-operatorios?

.....

**2. ¿Sabe el significado de su diagnóstico? (3 puntos)**

SI ( ) NO ( )

¿Cuáles? .....

**3. ¿Quién le informó su diagnóstico? (1 punto)**

Médico tratante ( )

Otros ( )

¿Quién? .....Pronóstico del tratamiento quirúrgico

**4. ¿Se le explicó qué pasaría si se opera? (1 punto)**

SI ( ) NO ( )

**5. ¿Se le explicó qué pasaría si no se opera? (1 punto)**

SI ( ) NO ( )

Tratamiento quirúrgico y alternativas

**6. ¿Se le explicó sobre el procedimiento del tratamiento quirúrgico? (3 puntos)**

SI ( ) NO ( )

**7. ¿Le informaron sobre tratamientos alternativos? (2 puntos)**

SI ( ) NO ( )

¿Cuáles? .....

#### Complicaciones y secuelas

8. ¿Se le informó sobre los riesgos intra-operatorios? (2 puntos)

SI ( ) NO ( )

9. ¿Le informaron sobre posibles complicaciones intra-operatorias de la intervención quirúrgica propuesta? (2 puntos)

SI ( ) NO ( )

10. ¿Le informaron sobre posibles complicaciones post-operatorias de la intervención quirúrgica propuesta? (2 puntos)

SI ( ) NO ( )

¿Cuáles?

.....

11. ¿Le informaron sobre posibles secuelas de la intervención quirúrgica propuesta? (2 puntos)

SI ( ) NO ( )

¿Cuáles?

.....

#### **CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACION QUIRÚRGICA**

- Bueno (15-20)
- Regular (10-14)
- Malo (0-9)

#### **CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACION QUIRÚRGICA**

- Bueno (16-20)
- Regular (10-14)
- Malo (0-8)

### **C) CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**1. ¿Cómo dio su consentimiento para la operación?**

Escrita ( )    Tácita o verbal ( )

**2. ¿El texto del formato era de redacción sencilla?**

SI ( )    NO ( )

**3. ¿Le dieron tiempo para pensar en su elección?**

SI ( )    NO ( )

**4. ¿Le dieron tiempo para arrepentirse, es decir, de ya no aceptar su operación?**

SI ( )    NO ( )

**5. ¿Ud. leyó o le leyeron el contenido del formato antes de firmar?**

SI ( )    NO ( )

**6. ¿Alguien firmó en su lugar?**

SI ( )    NO ( )

¿Quién?.....

**7. ¿Habían testigos cuando dio su consentimiento?**

SI ( )    NO ( )

**8. ¿Firmó el testigo en el formato de autorización para operación?**

SI ( )    NO ( )

### **CALIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- Buena (7 - 8)
- Regular (4 - 6)
- Mala (0 - 3)

**D) FACTORES INTERVINIENTES QUE DEPENDAN DEL SISTEMA PRESTADOR DE SALUD Y DEL INFORMANTE.**

**1. ¿Le informaron sobre la calidad del personal del servicio médico quirúrgico?**

SI ( ) NO ( )

**2. ¿Le informaron sobre la calidad del establecimiento en cuanto al aspecto quirúrgico?**

SI ( ) NO ( )

**3. ¿Le dieron a conocer el costo aproximado de su tratamiento quirúrgico?**

SI ( ) NO ( )

**4. ¿En qué momento le brindaron información sobre su intervención quirúrgica?**

Antes de iniciada la hospitalización ( )

Después de iniciada la hospitalización ( )

**5. ¿En qué lugar le brindaron la información sobre su operación? Sala de hospitalización**

Consultorio ( )

Sala de emergencia ( )

**6. ¿La información acerca de su operación recibida ante testigos?**

SI ( ) NO ( )

**7. ¿Le informaron en términos comprensibles cómo sería su operación?**

SI ( ) NO ( )

**8. ¿En qué forma fue brindada la información quirúrgica?**

Oral ( ) Escrita ( ) Mixta ( )

**10. ¿Le informaron sobre la implementación y ventajas de la sala de operaciones?**

SI ( ) NO ( )

Relación médico-paciente

- Paternalista

**17. ¿El médico le sugirió o convenció que Ud. se operara?**

SI ( ) NO ( ) Autónoma ( )

**18. ¿Ud. fue el que solicitó la operación sin considera la opinión del médico?**

SI ( ) NO ( ) Responsable.....

**19. ¿Tanto Ud. como el médico asumieron la responsabilidad y decidieron su operación teniendo conocimiento de ella?**

SI ( ) NO ( )

### ANEXO 3

#### HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO DE AREQUIPA SERVICIO DE CIRUGIA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....de.....años de edad,  
identificado con DNI N° .....con Domicilio  
en.....

Estado civil.....

En pleno ejercicio de mis derechos mentales, y habiéndome informado sobre la enfermedad que padezco y siendo necesario recibir como parte de mi tratamiento intervención quirúrgica para dar solución a mi padecimiento, doy mi consentimiento para dicho acto quirúrgico así mismo se realicen los análisis de laboratorio necesarios y exámenes de gabinete pertinentes para aliviar o curar mis dolencias.

También acepto la administración de los debidos medicamentos y transfusiones sanguíneas que se consideren necesarias para la recuperación de mi enfermedad. Al mismo tiempo, acepto los riesgos, resultados y posibles complicaciones que puedan suceder a mi persona, por lo que exonero a los médicos tratantes de toda responsabilidad civil y/o penal que deriven de actos fortuitos.

En fe de lo cual, por mi propia voluntad firmo el presente documento, no mediando ningún tipo de presión o coacción.

Arequipa,.....de.....del 20.....

Firma del paciente .....

DNI N° .....

Huella digital

